



PHILIP ZIMBARDO

ROBERT JOHNSON VIVIAN McCANN

PSZICHOLÓGIA MINDENKINEK

ZAVAROK
TERÁPIÁK
STRESSZ
STRATÉGIÁK

Libri

Fordította
DÖVÉNYI IBOLYA

PHILIP ZIMBARDO
ROBERT JOHNSON VIVIAN McCANN

PSZICHOLOGIA MINDENKINEK

**ZAVAROK
TERÁPIÁK
STRESSZ
STRATÉGIÁK**

Libri
Kiadó

SZTE Klebelsberg Könyvtár



J001263334

Copyright © 2017 by Philip Zimbardo, Robert Johnson, Vivian McCann
Authorized translation from the English language edition,
entitled PSYCHOLOGY: CORE CONCEPTS, BOOKS A LA CARTE, 8th Edition
by PHILIP ZIMBARDO; ROBERT JOHNSON; VIVIAN MCCANN,
published by Pearson Education, Inc, publishing as Pearson, Copyright © 2017, 2014, 2012
by Philip G. Zimbardo, Robert L. Johnson, Vivian McCann.

All rights reserved. No part of this book may be reproduced or
transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical,
including photocopying recording or by any information storage retrieval
system, without permission from Pearson Education, Inc.

HUNGARIAN language edition published by
LIBRI PUBLISHING, Copyright © 2018

A fordítás az alábbi kiadás alapján készült
PSYCHOLOGY: CORE CONCEPTS, 8th Edition
by PHILIP ZIMBARDO; ROBERT JOHNSON; VIVIAN MCCANN,
published by Pearson Education, Inc, publishing
as Pearson, Copyright © 2017 by Pearson Education, Inc.

Minden jog fenntartva. A könyv és annak tartalma a Pearson Education, Inc. engedélye nélkül
semmilyen módon nem sokszorosítható, másolható, illetve terjeszthető, sem elektronikus,
sem mechanikus úton, beleértve fotó készítését vagy bármilyen más adattároló rendszer használatát.

Második kiadás

Hungarian translation © Dövényi Ibolya, 2018

Borítófotó © Getty Images

X 345607

ÁTELTÁROZÁS

L24821



Tartalom

12 Pszichés zavarok 8

PROBLÉMA: Lehetséges különbséget tenni
a mentális zavarok és a csupán szokatlan
viselkedés között? Vannak-e konkrét jelek,
melyek egyértelműen jelzik a mentális
zavarokat? 11

12.1 Mi számít pszichés zavarnak? 11

A pszichés zavarok fogalmi változásai 13
Az abnormalitás indikátorai 17
PSZICHOÜGYEK – Az elmebetegség mint
felmentés – mekkora a probléma? 20

12.2 Hogyan osztályozza a pszichés zavarokat a DSM-5? 22

A DSM-5 klasszifikációs rendszerének
áttekintése 23
Depresszív zavarok 24
Bipoláris zavar 31
Szorongásos zavarok 32
Rögeszmés-kényszeres zavar 35

Szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok 37
Disszociatív zavarok 39
Skizofrénia 41
Az idegrendszer fejlődési zavarai 46
Mi jöhet a DSM-5 után? 48
PSZICHOÜGYEK – Félénkség 51

12.3 Milyen következményekkel jár a diagnosztikai címkézés? 52

Diagnosztikai címkék, stigmatizálás és
elszemélytelenítés 53
Hogyan tekintenek a pszichés zavarokra
a különböző kultúrák? 53
PSZICHOÜGYEK – Pszichológiai ismeretek
szerzése pszichológiai módszerekkel 55

Kritikus gondolkodás élesben:
Nagyító alatt a Rosenhan-vizsgálat 56
Foglaljuk össze! 58

13 A pszichés zavarok kezelése – terápiák 62

PROBLÉMA: Mi a legjobb kezelés Derek
depressziójára? A pszichoterápia, a gyógy-
szeres kezelés, vagy a kettő kombinációja?
Általában mi alapján döntenek el a terapeu-
ták, hogy az egyes mentális zavarok eseté-
ben milyen kezeléshez folyamodnak? 64

13.1 Mi a terápia? 64

A terápia kezdete 65
A terápiák történelmi és kulturális háttere 68
PSZICHOÜGYEK – Gyakorlati képzést kapott,
egyetemi diplomával nem rendelkező
szakemberek is végeznek terápiát 71

13.2 Hogyan kezelik a pszichológusok a pszichés zavarokat? 72

Belátásorientált terápiák 72
Viselkedésterápiák 81
Kognitív-viselkedési terápia – részleges
szintézis 88
A pszichoterápiák értékelése 90
PSZICHOÜGYEK – Általában hol jutnak az
emberek segítséghez? 93

13.3 Hogyan alkalmazzák a biomedikális módszereket a pszichés zavarok kezelésében? 95

Gyógyszeres terápiák 96
A pszichés zavarok egyéb orvosi terápiái 101
A kórházi kezelés és annak alternatívái 104
PSZICHOÜGYEK – Mikor milyen típusú
terápiát javasoljunk? 105

13.4 Hogyan vethetjük össze a pszicho- terápiákat és a biomedikális kezeléseket? 107

A skizofrénia kezelése 108
A depresszió és a szorongásos zavarok
kezelése 109
Nem mindenkinek van szüksége
gyógyszerekre 110
PSZICHOÜGYEK – Pszichológiai ismeretek
szerzése pszichológiai eszközökkel 111

Kritikus gondolkodás élesben:
Bizonyítékon alapuló praktizálás 112
Foglaljuk össze! 117

14 A stressztől az egészségig és a jóllétig 122

A stressz utóhatása 124

PROBLÉMA: A 9/11-es eseményekben részt vevő tűzoltók és a többi ember reakciói és tapasztalatai tipikusnak mondhatók stresszes helyzetekben? Mivel magyarázhatjuk, hogy az emberek stresszre adott testi és lelki reakciói nem egyformák? 124

A stressz több szempontú vizsgálata 125

14.1 Mi okoz distresszt? 127

Traumás stresszorok 128

Krónikus stresszorok 137

PSZICHOÜGYEK – Stressz az egyetemen 146

14.2 Hogyan hat ránk a stressz fizikailag? 148

A stresszre adott élettani reakciók 149

A stressz immunrendszerre gyakorolt hatása 155

PSZICHOÜGYEK – A nem egyértelmű fenyegetés kognitív kiértékelése 157

14.3 Kik a legsérülékenyebbek a stresszel szemben? 159

Az A típusú személyiség és az ellenséges érzület 161

Kontrollhely 163

Szívósság, optimizmus és reziliencia 165

PSZICHOÜGYEK – Pszichológiai ismeretek szerzése pszichológiai eszközökkel 169

14.4 Hogyan alakíthatjuk át a negatív stresszt pozitív életstratégiákká? 172

Pszichés megküzdési stratégiák 173

Pozitív életvezetési döntések 180

A boldogság és a szubjektív jóllét elérése 186

PSZICHOÜGYEK – Magatartás-tudományi orvoslás és egészségpszichológia 189

Kritikus gondolkodás élesben:

A változás tényleg veszélyes az egészségre? 191

Foglaljuk össze! 194

Tárgymutató 200

Irodalomjegyzék 205

Képek jegyzéke 223

12

Pszichés zavarok

Kulcskérdések/ felvezetés

Központi fogalmak

Pszichoügyek

12.1. Mi számít pszichés zavarnak?

A pszichés zavarok fogalmi változásai
Az orvosi modell
A pszichológiai modellek

Az orvosi modell a pszichés zavarokat „betegségnek” tartja, míg a pszichológiai szemlélet biológiai, viselkedési, kognitív, fejlődési és szociokulturális tényezők interakciójának eredményeként tekint rájuk.

Az elmebetegség mint felmentés – mekkora a probléma?

Az elmebetegség nem pszichológiai vagy pszichiátriai fogalom és – elmentésben a széles körben elterjed hiedelemmel – csak nagyon ritkán próbálják az ügyvédek bevetni a vádlottak védelmében.

12.2. Hogyan osztályozza a pszichés zavarokat a DSM-5?

A DSM-5 klasszifikációs rendszerének áttekintése
Depresszív zavarok
Bipoláris zavar
Szorongásos zavarok
Rögeszmés-kényszeres zavar
Szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok
Disszociatív zavarok
Skizofrénia
Az idegrendszer fejlődési zavarai
Diszlexia és más specifikus tanulászavarok
Mi jöhet a DSM-5 után?

A legszélesebb körben használt DSM-5 mentális és viselkedési tünetek alapján sorolja kategóriákba a mentális zavarokat.

Félénkség

Jó hír a félénkség: a félénkség legyőzhető (és egyébként nem számít mentális zavarnak).

12.3. Milyen következményekkel jár a diagnosztikai címkézés?

Diagnosztikai címkék, stigmatizálás és elszemélytelenítés
Hogyan tekintenek a pszichés zavarokra a különböző kultúrák?

Ideális esetben a pontos diagnózis megfelelő kezeléshez vezet, de a diagnózisok olyan címkékké válhatnak, melyek elszemélytelenítik az egyént, és figyelmen kívül hagyják azt a szociális és társadalmi kontextust, amiben a problémái kialakultak.

Pszichológiai ismeretek szerzése pszichológiai módszerekkel

Bár nagy lehet a kísértés, a szerzők nyomtatékosan kérnek mindenkit, hogy újonnan megszerzett ismereteit a pszichés zavarokról semmiképpen se használja családtagjai és barátai diagnosztizálására.

PROBLÉMA: Lehetséges különbséget tenni a mentális zavarok és a csupán szokatlan viselkedés között? Vannak-e konkrét jelek, melyek egyértelműen jelzik a mentális zavarokat?

KRITIKUS GONDOLKODÁS ÉLESBEN: Nagyító alatt a Rosenhan-vizsgálat



MAGUKRA MARADNAK. EZT PONTOSAN TUDTÁK. HA SIKERÜL BEKERÜLNIÜK a kórházba, onnantól betegnek számítanak, és betegként bánnak velük, nem megfigyelőkként. Az öt férfi és a három nő egyikénél sem diagnosztizáltak korábban mentális betegséget, de talán mégsem voltak annyira „normálisak” – hiszen hazudna egy normális ember azért, hogy bekerüljön egy ilyen helyre? Ők nyolcan valójában egy kísérlet résztvevői voltak, jó értelemben vett összeesküvők, akik azt akarták kideríteni, felismerik-e egy pszichiátriai intézetben a normalitást a szakemberek.

A kísérlet vezetője, David Rosenhan – aki álbetegként maga is részt vett a vizsgálatban – azt feltételezte, hogy az olyan fogalmaknak, mint az *őrültség*, *skizofrénia*, *mentális betegség* és *abnormalitás*, sokkal képlékenyebbek a határai, mint a pszichiáterközösség hiszi. Az a gyanú is élt benne, hogy a mentális betegeknek megfigyelhető egyes „abnormális” viselkedések a pszichiátriai intézményekben uralkodó abnormalis légkörre vezethetők vissza, nem pedig a páciensekre. Hogy tesztelhesse elképzeléseit, Rosenhan és munkatársai úgy határoztak, a saját szemükkel győződnék meg róla, hogyan kezelik a mentális betegségekre specializálódott szakemberek az olyan pácienseket, akik valójában semmiféle mentális zavartól nem szenvednek. Vajon képesek lesznek megkülönböztetni a mentálisan egészségeket a mentális zavaroktól szenvedőktől?

A nyolc résztvevő mindegyike más-más intézetbe kérelmezte a felvételét, azzal a panasszal, hogy az utóbbi időben hangokat hallanak, melyek olyan szavakat mondanak nekik, mint „üres”, „értéktelen” és „ostoba”. Ezenkívül semmilyen más panaszról nem számoltak be. Mindannyian

álnéven jelentkeztek, és azok négyen, akik a mentális egészség (köztük Rosenhan) szakemberei voltak, valótlan foglalkozást is adtak meg. Ezekről eltekintve azonban minden kérdésre őszintén feleltek. Igyekeztek a lehető legnormálisabban viselkedni, noha a felvétel az ismeretlen, idegen kórházba idegessé tette őket. Amiatt is aggódtak azonban, nehogy *ne* vegyék fel őket, vagy – ami még rosszabb – lelepleződjenek. Az aggodalmaik azonban gyorsan elillantak: mindannyian felvételt nyertek, volt, aki két helyre is. Egy kivételével mindőjüket skizofréniával, egy nagyon súlyos pszichés betegséggel diagnosztizálták, aminek gyakori tünete a hangok hallucinálása.

Miután felvették őket, egyikük sem állította többé, hogy hangokat hallana, vagy hogy bármilyen tünetet tapasztalna. Sőt, igyekeztek úgy viselkedni, hogy a lehető leggyorsabban szabadulhassanak. Az egyetlen „devianciájuk” az volt, hogy feljegyzéseket készítettek a tapasztalataikról, eleinte titokban, majd – látva, hogy a személyzet nem sok ügyet vet irodalmi munkásságukra – nyíltan. A nővéri feljegyzések szerint az írogatást a páciensek betegségének tulajdonították. (Az egyik kedves megjegyzés szerint: „A beteget eluralta az íráskényszer.”)

Az összeesküvők tapasztalata szerint az idő nagy részében az osztályon dolgozók nem sok ügyet vetettek rájuk – még olyankor sem, amikor segítséget vagy tanácsot kértek tőlük. Amikor pedig valamilyen interakcióba léptek velük, a kórház dolgozói a pácienseket eseteként, nem pedig személyekként kezelték. Ennek következtében – bár semmiféle abnormálnak számító tünetet nem produkáltak – átlagosan 19 napnak kellett eltelnie, mire az álbetegek meggyőzték a kórházak dolgozóit arról, hogy készen állnak a hazamenetelre. Mi több, az egyik peches vállalkozó majdnem két teljes hónapot töltött egy pszichiátriai intézményben, mire elengedték.

Ennek a ma már klasszikusnak számító vizsgálatnak két olyan tanulsága volt, ami alapjában rengette meg a pszichiátria világát. Az első, hogy egyetlen szakember sem ismerte fel: Rosenhan és csapata tagjai csak megjátszották a mentális betegséget. Természetesen ezek a szakemberek feltételezhették azt, hogy a „páciensek” a kórházi felvételükkor betegek voltak, és hogy a kórházi tartózkodás alatt javult az állapotuk. De ez Rosenhan szerint nem volt elégséges védekezés: kórházi tartózkodásuk alatt az álbetegek egyikére sem tekintettek „normálisként” vagy olyanként, aki „jól van”, dacára teljesen normális viselkedésüknek. Mi több, kiengedésük után továbbra is skizofrénekként kezelték őket, csak olyan skizofrénekként, akiknek a betegsége remisszióban van, tehát a tüneteik éppen enyhültek, az állapotuk javult.

A kórházi szakszemélyzet ennyire képzetlen volt, vagy ennyire érzéketlen? Rosenhan szerint egyik sem. Ő inkább úgy vélte, hogy a rengeteg papírmunka és egyéb kötelezettség egyszerűen nem hagy teret és időt a pszichiátriai szakembereknek a megfigyelésre és arra, hogy rendszeren foglalkozhassanak a betegekkel. A pszichiátriai osztályok elrendezése is hozzájárult a kialakult problémához: a személyzet ideje java részét a páciensek által csak „kalickának” hívott üvegfalú központi helyiségben töltötte. Ahogy Rosenhan (1973a) mondta:

Nagy hiba, ráadásul igen szerencsétlen hiba lenne azt gondolni, hogy ami velünk történt, annak az ott dolgozók ostobasága vagy rosszindulata volt az oka. Pont ellenkezőleg, a mi tapasztalatunk alapvetően az volt, hogy ezek az emberek igenis törődtek velünk, elkötelezett és átlagon felül intelligens szakemberek voltak. A hibáikat és a tévedéseiket, melyek esetenként igen fájdalmasak voltak, inkább a környezetben rejlő hibákra vezetném vissza, mintsem az érzéketlenségükre. A percepcióikat és a viselkedésüket a helyzet határozta meg (257. o.).

És az vajon elképzelhető, hogy az álbetegeket bedaráltta a rendszer, és hogy mégsem viselkedtek annyira normálisan, mint gondolták magukról? Rosenhan ezzel kapcsolatban így nyilatkozott: „Mindenki meglepetésére a többi páciens azonnal átlátta, mi a helyzet velünk, csak a személyzet

nem vett észre semmit.” A kísérlet résztvevői arról számoltak be, hogy a betegtársaik rendszeresen hangot adtak gyanakvásuknak: „Te nem is vagy bolond. Biztos újságíró vagy, esetleg egy profesz-szor... Biztos a kórházat akarod ellenőrizni.” Jelentésében, aminek az *On Being Sane in Insane Places* („Tiszta fejjel egy őrült helyen”) címet adta, Rosenhan (1973a) szárazon megjegyzi: „Az a tény, hogy a betegek gyakorta felismerték a normalitást, míg a személyzet nem, fontos kérdéseket vet fel” (252. o.). Ezek a „fontos kérdések” nyilvánulnak meg a fejezet problémájában is:

PROBLÉMA: Lehetséges különbséget tenni a mentális zavarok és a csupán szokatlan viselkedés között? Vannak-e konkrét jelek, melyek egyértelműen jelzik a mentális zavarokat?

Rosenhan vizsgálata hatalmas visszhangot keltett, és számos pszichiáter és klinikai pszichológus igencsak a szívére vette. A neves *Science* magazinban, ahol Rosenhanék publikálták a vizsgálatukat és a tapasztalataikat, számos reakció jelent meg, amiben hanyagsággal és a mentális egészséggel foglalkozó szakemberek lejáratásával vádolták a szerzőket. Vajon igazuk volt? Rosenhanék vizsgálata tényleg rossz volt? Vagy csak a sértett szakmai önértet miatt reagáltak sokan ilyen indulatosan? Fontos megjegyezni, hogy Rosenhan nem a pszichés zavarok létezését vonta kétségbe. Ő azzal kapcsolatban vetett fel kérdéseket, ahogyan a pszichiátriai intézetekben a diagnosztizálás folyik. A vizsgálata a mai napig érvényes, hiszen a szakemberek mindmáig egyre csak finomítanak a mentális zavarok diagnosztikai folyamatán. Ami tény: több millió ember tapasztalja meg *ténylegesen* a **pszichopatológiás állapotok** – azaz a mentális zavarok vagy mentális betegségek – jelentette gyötrelmeket. A National Institute of Mental Health (NIMH, Nemzeti Mentális Egészségügyi Intézet, 2010b) szerint bármely adott évben az USA lakosságának több mint 26 százalékat, azaz négyből egy amerikai polgárt diagnosztizálnak valamilyen mentális zavarral. 17-ből egy ember esetében súlyos mentális zavarról van szó, amilyen például a **major depresszió** vagy a **skizofrénia**. Becslések szerint életük során az amerikaiak mintegy 46 százalékánál diagnosztizálják a pszichés rendellenességek valamilyen formáját (Butcher et al., 2008). Vizsgáljuk meg hát közelebbről, mit is értünk mentális zavarok alatt.

12.1. KULCSKÉRDÉS

Mi számít pszichés zavarnak?

Világviszonylatban szemlélve a helyzetet még elkeserítőbb kép tárul elénk. A WHO szerint mintegy 450 millió ember él pszichés zavarral világszerte, nagy részük olyan szegény, fejlődő országokban, ahol semmiféle mentális egészségügyi rendszer nincs (Miller, 2006c). A depresszió például több rokkantságot okoz a 15–44 éves korosztály körében, mint a HIV/AIDS kivételével bármely más kórállapot. Az Egyesült Államokban a háztartások majdnem felében él olyan személy, aki kezelésre jelentkezik valamilyen mentális probléma miatt (Chamberlin, 2004).

Mégis, ahogy Rosenhanék vizsgálatából is kiderült, a „normális” és az „abnormális” között még mindig nem feltétlenül tudunk egyértelmű különbséget tenni. Gondoljunk bele például, milyen rubrikába sorolnánk az olyan excentrikus előadóművészeket, mint Lady Gaga vagy Russell Brand, vagy minek is tekinthetnénk Robin Williams öngyilkosságát. És mi a helyzet a katonákkal, akik hajlandóak az életüket kockáztatni a fronton:

az talán „normális”? Aki elveszít egy szeretett személyt, és nem képes fél évvel a haláleset után sem visszazökkenni a normális életmenetbe, az tekinthető pszichésen zavartnak?

Első lépésként a klinikai szakemberek az alábbi három klasszikus tünet fennállását szokták vizsgálni: hallucinációk, téveszmék és hangulatzavarok.

1. A **hallucinációk** téves érzékszervi tapasztalások, tehát az ember nem létező hangokat „hall” vagy nem létező dolgokat „lát”. Rosenhan és társai is azt állították, hogy hangokat hallanak, melyek olyan szavakat mondanak nekik, mint hogy „üres”, „értéktelen” vagy „ostoba”.
2. A **téveszmék** irracionális hiedelmeket jelentenek. Ilyen például, ha valaki azt hiszi magáról, hogy ő az Egyesült Államok elnöke (persze csak ha tényleg nem ő az), vagy hogy a többi ember őt üldözi (noha nem így van).
3. A tünetek harmadik klasszikus csoportját a **szélsőséges hangulatzavarok** (affektív zavarok) adják. Ezek patológiásnak tekinthető érzelmek vagy indulatok (affektusok) képében manifesztálódnak. Például a magát általában depressziósnak, szorongónak érző, vagy mániás állapotú személynek lehet, hogy hangulatzavara van.

E három szélsőséges tünetcsoporton kívül elég sok a bizonytalanság és az egyet nem értés a szakemberek körében. Hogy mit tekintünk abnormálisnak, az megítélés kérdése, és elég nehéz úgy megítélni valamit, hogy nincs egy éles választóvonal, ami elkülönítené egymástól a normális és az abnormális gondolatokat, illetve viselkedéseket. Talán segítséget jelent, ha a pszichés zavarokra kontinuumként tekintünk, ami a zavar hiányától a súlyos zavarig terjed (12.1. táblázat). Az elképzelés lényege, hogy a mentális zavarban szenvedők nem képeznek külön kategóriát, hanem a problémájukra a normális reakciók valamilyen mértékű eltorzulásaként tekintünk.

Az alábbi részben a pszichopatológia két, egymással ellentétes irányzatával foglalkozunk:

- Az egyik az orvosi, vagy medikalizált szemlélet, ami a mentális problémákat a testi betegségek képére képzei el, tehát betegségnek vagy kórállapotnak tekinti őket.
- A másik a pszichológiai irányzat, ami a mentális problémákat számos tényező egymásra hatására vezeti vissza, melyek között egyaránt vannak veleszületett és környezeti eredetűek. Ez a két nézőpont jelenik meg a fejezet első központi fogalmában is:

12.1. TÁBLÁZAT A mentális zavarok spektruma

A mentális zavarok spektrummodellje a patológiás tünetektől a súlyos zavarokig ível, mint amilyen a major depresszió vagy a skizofrénia. A lényeg, hogy nincs egy éles határvonal, ami elkülönítené a mentális zavarokat a „normális” jelenségektől.

Nincs zavar	Enyhe zavar	Közepesen súlyos zavar	Súlyos zavar
Nincsenek pszichés zavarra utaló tünetek	A distressz és a pszichés zavarok enyhe jelei	Mentális problémákra utaló kifejezettebb és gyakoribb tünetek	Pszichés zavarok egyértelmű jelei, ezek uralják az egyén életét
Nincsenek viselkedési problémák	Enyhe viselkedési problémák, de a reakciók általában megfelelnek a szituációnak	Feltűnő viselkedési problémák, a viselkedés gyakorta nem felel meg az adott szituációnak	Súlyos és rendszeres viselkedési problémák, a viselkedés általában nem felel meg az adott szituációnak
Problémamentes interperszonális kapcsolatok	Kismértékű interperszonális problémák	Rendszeres interperszonális problémák	Elégtelen interperszonális kapcsolatok vagy azok teljes hiánya

12.1. Központi fogalom

Az orvosi modell a pszichés zavarokat „betegségnek” tartja, míg a pszichológiai szemlélet biológiai, viselkedési, kognitív, fejlődési és szociokulturális tényezők interakciójának eredményeként tekint rájuk.

A lényeg, hogy az a szemléletmód, ami alapján megragadni igyekszünk a pszichopatológias jelenségeket, meghatározza azt is, miként próbáljuk kezelni azokat: gyógyszerekkel, varázslással, rituálékkal, kínzással, beszélgetéssel, agyműtéttel, kórházi kezeléssel vagy elmeegógyintézetbe való elhelyezéssel.

A pszichés zavarok fogalmi változásai

A régi-régi időkben az emberek úgy hitték, mindent természetfeletti erők uralnak – ezek felelősek a szerencsért, a betegségekért és a természeti katasztrófákért egyaránt. Ebben a kontextusban természetesen a pszichopatológias tüneteket is démonok és ártó szellemek jelenlétének tulajdonították, akik átvették az irányítást az egyén teste és tudata felett (Sprock & Blashfield, 1991). Ha akkoriban éltünk volna, bizonyára a napi rutinunk részét képezte volna az olyan rituálék végrehajtása, melyek célja a természetfeletti erők távol tartása vagy kiengesztelése volt. Mi több, egyes vallások követői a mai napig úgy hiszik, hogy a mentális betegségeket démonok okozzák.

Krisztus előtt 400 körül az ókori görög orvos, Hippokratész tette meg az első lépést a mentális zavarok tudományos alapú szemlélete felé, amikor kijelentette, hogy az abnormális viselkedésnek testi okai vannak. Úgy vélte, a pszichopatológias tüneteket négy testfolyadék – a vér, a fekete és a sárga epe, illetve a nyálka – egyensúlyának felborulása okozza. Akiben például túlteng a fekete epe, hajlamossá válik a melankóliára vagy a depresszióra, míg a túlzott vérbőség az oka a szangvinikus vagy „szalmaláng” típusú

ember viselkedésének. Ezzel az egyszerű, mégis forradalmi elképzeléssel Hippokratész bevezette a mentális zavarokat az orvostudomány világába, és nézőpontja – miszerint a mentális problémák mögött nem természetfeletti, hanem nagyon is természetes okok állnak – nagy hatással volt a nyugati világ művelt felére, egészen a római birodalom bukásáig.

A középkorban aztán ismét leáldozott a hippokratészi modellnek, és a mentális zavarok mögött újfent felsőbb hatalmakat gyanítottak. Az egyház égisze alatt a korabeli orvosok és a klérus visszatért a régi jó magyarázathoz, miszerint démonok és boszorkányok munkálnak abban, aki abnormális viselkedést tanúsít. Nehéz idők jártak akkoriban a mentális zavarokban szenvedőkre, hiszen az inkvizíció máglyáinak tüzet csak táplálta a hit, hogy a szokatlan viselkedést a sátánnak tulajdonították. A „gyógymód” pedig ennek megfelelő volt: szó szerint megpróbálták kiverni a démonokat a szerencsétlen emberekből. Ennek eredményeképpen mentálisan beteg emberek ezreit kínozták meg és végezték ki Európa-szerte.

De az Újvilágot sem kímélte ez a hullám. Még 1692-ben is annyira középkori módon és rettegéssel tekintettek a mentális zavarokra, hogy massachusettsi telepések boszorkánysággal vádoltak meg jó pár lakost, és ki is végezték őket (Karlsen, 1998). De mi rémítette meg őket ennyire? Egy csapat fiatal lány megmagyarázhatatlan „görcsöket” produkált, amit szomszédaik a boszorkányság jelének tekintettek. A boszorkányper iratainak alapos tanulmányozásával modern kori kutatók arra jutottak, hogy valószínűleg anyarozsmérgezés állt a tünetek mögött. Ez a gomba a rozson tenyészik, és ugyanazt a hallucinogén anyagot állítja elő, mint ami az LSD-ben is megtalálható (Caporeal, 1976; Matossian, 1982, 1989).

Az orvosi modell A 18. század második felében, a tudomány előretörésével a hippokratészi „betegség” nézet ismét előtérbe került. Ekkor született meg az orvosi modell, ami szerint a mentális zavarok az elme betegségei, melyeknek – akárcsak a „rendes” testi betegségeknek – objektív okai vannak, és konkrét kezelést igényelnek. A társadalom kezdett a pszichés problémákkal küzdő tagjaira betegként tekinteni, nem pedig erkölcsstelen vagy démonok által megszállt szerencsétlennékként.

Ez a szemléletváltozás óriási különbséget hozott! Míg korábban kínzással és bántalmazással igyekeztek „kezelni” a mentális zavaroktól szenvedőket, az új szemléletmód hatására létrejöttek az első „szanatóriumok” az „örülteknek”. Ezekben az intézményekben támogató légkör uralkodott, aminek hatására számos páciens állapota tényleg javulásnak indult – akár meg is gyógyultak – a nyugalom, az elmélkedés és az egyszerű, de hasznos munka hatására (Maher & Maher, 1985). Sajnálatos módon a politikai nyomás végül a kezdetben terápiás céllal működő szanatóriumokat elhanyagolt páciensekkel túlsúlyos „lerakatokká” változtatta.

Az ilyesfajta problémák dacára az orvosi modell megkérdőjelezhetetlenül javulást hozott a „megszállták a démonok” hozzáálláshoz képest. A modern pszichológusok mindazonáltal úgy vélik, eljött az idő egy újabb forradalmi szemléletváltozásra. Nézőpontjuk szerint az orvosi modell mára túlhaladottá vált.

A pszichológusok szerint az a feltételezés, hogy itt „betegségekről” van szó, óhatatlanul „az orvos jobban tudja” hozzáálláshoz vezet, ami azzal jár, hogy a terápiát vezető szakember vállalja nyomja minden, a diagnosztizálással és a kezeléssel kapcsolatos felelősség. A páciens passzív szerepbe kényszerül, egyszerűen csak elfogadja a gyógyszerelést és a tanácsokat, ahelyett, hogy aktívan részt venne a saját kezelésében. Napjainkban

tényleg az a helyzet, hogy számos mentális problémával küzdő ember kezelése kimerül a gyógyszerelésben. A pszichológusok véleménye szerint viszont ez a hozzáállás az orvostól való függőséget erősíti, szükségtelen gyógyszeres terápiákat generál, és nem ad sok segítséget a pácienseknek ahhoz, hogy megtanulják a megküzdési módszereket és az egészséges viselkedést.

Az „orvos jobban tudja” hozzáállás a mentális zavarokat *orvosi* problémának tekinti, a felelősséget (és a szakmát!) elveszi a pszichológusoktól, és a pszichiáterek hatáskörébe utalja. A pszichológusokat érthető módon dühíti, hogy a mentális „betegségek” kezelését helyettük az orvosok végzik, vagy legalábbis orvosi felügyelet alatt történik. Ez a pszichológusokat másodvonalbeli szakemberekké degradálja. Mint majd látjuk, a mentális zavarok területének „tulajdonjoga” igencsak kényes kérdés.

A pszichológiai modellek Mit tud nyújtani a pszichológia az orvosi modell helyett? A legtöbb klinikai pszichológus a behaviorizmus, a kognitív pszichológia, a fejlődés-pszichológia, a megfigyeléses tanulás és a biológiai pszichológia kombinációját tekinti manapság mérvadónak.

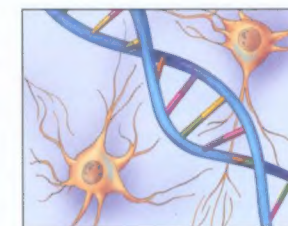
Az orvosi modell pszichológiai alternatívái A modern pszichológusok abban egyetértenek az orvosi modell híveivel, hogy a mentális zavaroknak lehet biológiai háttere. A *biológiai irányzat* (lásd I. kötet, 1. fejezet) genetikai tényezőket tart felelősnek a skizofréria, a szorongásos zavarok, a szellemi visszamaradottság és számos egyéb állapot kialakulásáért. De az orvosi modell pszichológiai alternatívái számításba veszik a viselkedési, a kognitív, a fejlődési és a szociokulturális tényezők szerepét is, melyeket az orvosi szemléletmód propagálói jellemzően figyelmen kívül hagynak.

A *behaviorista irányzat* (lásd I. kötet, 1. fejezet) képviselői a környezet szerepét hangsúlyozzák a mentális zavarok kialakulásában. Az abnormális viselkedésmódokat ugyanúgy sajátítják el az emberek, ahogyan a nem abnormálisakat – azaz a viselkedés tanulása útján.

Ez az irányzat az olyan környezeti hatásokra koncentrál, melyek fenntartják az abnormális viselkedést: a jutalmakra, a büntetésekre és a környezeti eseményekre. Például ha valaki retteg attól, hogy nyilvánosság előtt felszólaljon, a behaviorista irányzat képviselői szerint a féltelme eredhet abból, hogy volt egy megalázó élménye nyilvános beszéd során, ennek következményeként kezdte kerülni az ilyen helyzeteket, így nem tanult meg közönség előtt beszélni, és nem erősítette ehhez szükséges képességeit.

Ezzel szemben a *kognitív irányzat* (lásd I. kötet, 1. fejezet) a belső, mentális folyamatok fontosságát hangsúlyozza: a gondolatokat, érzéseket, percepciókat és emlékeket. A kognitív pszichológia olyan kérdésekre koncentrál, mint például hogy miként értelmezik az emberek ezt vagy azt az eseményt, történetet. Hiszik-e, hogy maguk irányítják az életüket (azaz belső vagy külső kontrollhelyesek-e, lásd III. kötet, 10. fejezet)? Hogyan küzdenek meg a stresszel és a fenyegetésekkel? Rendszeresen vannak problémás érzelmi állapotaik, mint például depresszió vagy szorongás?

A *megfigyeléses tanulás irányzatának* (lásd II. kötet, 10. fejezet) szószólói a kognitív és a behaviorista irányzat között igyekeznek hidat verni. Mindkét említett irányzat



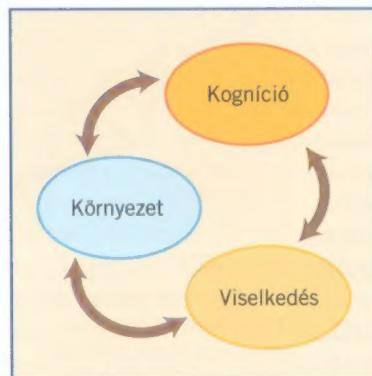
12.1. ÁBRA

A biológiai irányzat egy az orvosi modell számos alternatívája közül, akárcsak a behaviorista, a kognitív, a megfigyeléses tanulás vagy a fejlődési irányzat.

elismeri, hogy a kogníció és a viselkedés általában szociális kontextusban jelenik meg, ami szükségessé teszi a *szociokulturális irányzatot* (lásd I. kötet, 1. fejezet). Az ezt szem előtt tartó pszichológus rákérdezhet a páciensnél annak kulturális és szociális hátterére, támaszaira, a stressz szociális forrásaira, mint a munkahelyi, iskolai, családi-baráti stresszforrásokra.

Né feledkezzünk meg a *fejlődési irányzatról* (lásd I. kötet, 1. fejezet) sem, ami a biológiai és pszichés fejlődés szokásos menetétől való eltérés szemszögéből vizsgálja a későbbi tüneteket. Elkezdett például egy gyerek beszélni kétéves kora körül, ahogyan az elvárható? Kialakult-e a *tudatelmélete* (lásd II. kötet, 7. fejezet), ami lehetővé teszi neki, hogy megértse mások gondolatait és szándékait? Az érzelmi kontrollja a korának megfelelő? Az ilyen és hasonló kérdések segítenek a szakembereknek azonosítani és kezelni az olyan fejlődési rendellenességeket, mint az autizmus és a szellemi visszamaradottság.

Albert Bandura jól példázza a szociális, a behaviorista és a kognitív irányzatok egyesítését: az általa megalkotott *reciprok determinizmus* (lásd III. kötet, 10. fejezet) szerint a viselkedés, a kognitív és a szociális/környezeti tényezők kölcsönösen hatnak egymásra a megfigyeléses tanulás, a kondicionálás és a kognitív tanulás során (12.2. ábra).



12.2. ÁBRA

A reciprok determinizmus szerint a kogníció, a viselkedés és a környezet kölcsönösen hat egymásra.

Az egyes irányzatok összekapcsolása: a mentális zavarok biopszichológiai modellje Bár szinte az összes pszichológus fenntartásokkal kezeli az orvosi modellt, abban egyetértenek, hogy a biológia igenis hatással van a gondolkodásra és a viselkedésre. A lázas iramban fejlődő idegtudományi kutatások mind jobban megerősítik, hogy az agy mentális működése a biokémiai vegyületek és a tapasztalataink által folytonosan változó idegi hálózatok között fennálló törekény egyensúlytól függ. A genetikai és epigenetikai hatások, az agysérülések, a stressz, a hormonok és a fertőzések pedig további olyan tényezőket jelentenek, melyek a pszichopatológiai állapotok irányába billenthetik ki ezt az egyensúlyi állapotot (12.3. ábra).

A modern *biopszichológia* (lásd I. kötet, 2. fejezet) tehát azt feltételezi, hogy számos mentális probléma mögött nem csupán kognitív, viselkedési, fejlődési és szociokulturális tényezők állnak, hanem agyi és idegrendszeri okok is (Insel, 2010).



12.3. ÁBRA A mentális zavarok biopszichológiai modellje

A gyors ütemben gyarapodó számú idegtudományi kutatások számos lehetséges biológiai tényezőt azonosítottak a pszichés zavarok kialakulásában.

Vegyük az öröklődést. A teljes emberi génállomány feltérképezését a Humán Genom Projekt tűzte ki célként. A másfél évtizeden átívelő nagyszabású tudományos projekt során azonosították és feltérképezték az összes emberi gént (bár az egyes gének funkcióját még csak most kezdjük megismerni). Sok pszichológus nagy lehetőséget lát abban, hogy konkrét mentális zavarokkal kapcsolatba hozható géneket keressünk és találjunk (NIMH, 2003), de ez a kutatómunka egyáltalán nem könnyű feladat. Eddig azt sikerült elérni, hogy genetikai abnormalitást is gyanítunk a skizofrénia, a bipoláris zavar, a szorongásos zavarok és az autizmus mögött, de a gének pontos szerepe ezen állapotok kialakulásában még nem tisztázott. A szakemberek többsége egyetért abban, hogy a fentiekhez hasonló állapotok több gén és a környezeti tényezők – például toxinok, fertőzések vagy a stressz – kölcsönhatásának eredményeként jönnek létre.

A kutatók azt is kiderítették, hogy bizonyos mentális zavarok kialakulásában epigenetikai tényezők is részt vesznek, tehát a génállomány és a környezet kölcsönhatása jut szerephez. Az epigenetikai folyamatok során egy gén kifejeződését módosítják bizonyos kémiai anyagok, melyek képesek ki-, illetve bekapcsolni a kromoszómákat. Ezek a változások az agy tapasztalásokra adott reakcióiban gyökereznek – különösképpen a stresszes élményekre adott reakciókban –, illetve az agyra hatással lévő környezeti toxikus anyagok miatt fellépő folyamatokban. Az ilyen epigenetikai hatások számos betegség esetében tetten érhetők, köztük van a depresszió, a skizofrénia, a bipoláris zavar, az autizmus és az Alzheimer-kór (Iwamoto & Kato, 2009; Kato et al., 2005; Weir, 2012).

Fontos tisztán látni azonban a biológia mentális zavarok kialakulásában betöltött szerepét illetően: bármilyen idegtudományi felfedezést hozzon is a jövő, a biológia soha nem lesz önmagában felelős a mentális zavarokért. A *pszichológiai irányzat* szerint a gondolkodásunk és a viselkedésünk minden esetben a génjeink és a környezetünk terméke – tehát a biológiáé és a tapasztalatoké *együttesen*.

Az abnormalitás indikátorai

Míg az etiológiát, azaz az okokat illetően nem olyan nagy az egyetértés a pszichés zavarok terén, addig az abnormalitás jelei és tünetei általában széleskörűen elfogadottak (Rosenhan & Seligman, 1995).

Mi számít indikátornak? Korábban már említettük a hallucinációkat, a téveszméket és a szélsőséges hangulatzavarokat mint a súlyos mentális zavarok tüneteit. Számos pszichés probléma tünetei azonban nem ennyire nyilvánvalóak, ezért a klinikumban dolgozó szakemberek a 12.2. táblázatban felsorolt további, kevésbé szembeötlő tünetek meglétét is vizsgálják.

12.2. TÁBLÁZAT A mentális zavarok indikátorai

Indikátor	Leírása
Szorongás vagy distressz	Mutat az egyén szokatlan mértékű vagy hosszan tartó idegességet vagy nyugtalanságot? Esetenként mindenki tapasztal distresszt vagy szorongást, így ez az indikátor csak akkor jelez mentális zavart, ha hosszú ideig fennáll, vagy nincs nyilvánvaló oka.
Maladaptivitás	Az illető rendszeresen a saját jóllétét veszélyeztető vagy másokban félelmet keltő módon viselkedik? Öngyilkossággal fenyegetőzés, kontrollálhatatlan dühkitörések, alkoholabúzus, felelőtlen vezetés lehet ilyen jel, vagy bármely olyan viselkedés, ami rendszeresen előfordul, és gátolja a hatékony funkcionálást.
Irracionalitás	Gyakorta viselkedik úgy, mint akit nem érdekelnek a tettei következményei, vagy mint aki nem ura önmagának? A beszéde összefüggéstelen vagy értelmetlen? A viselkedése vagy az érzelmi reakciói gyakorta nem felelnek meg az adott helyzetnek?
Kiszámíthatatlanság	Gyakran viselkedik szeszélyesen, a reakciói nem következetesek ugyanolyan helyzetekben?
A szociális normák nem ismeretét vagy a többi ember érzékenységének fel nem ismerését sugalló viselkedés	Az illető viselkedése súlyosan megsérti a társas viselkedés normáit, áthágja a jogilag vagy erkölcsileg elfogadható határokat? Úgy tűnik, egyáltalán nem érti vagy nincs tudatában a többi ember érzéseinek? Önmagában a szokatlan vagy nem konvencionális viselkedés még nem az abnormalitás prediktora. Ugyancsak nem tekinthető annak a politikai okokból eredeztethető polgári engedetlenség megnyilvánulása.

Megjegyzendő, hogy a fenti kritériumok *egyike sem* alkalmazható a pszichés zavarok összes formájára. Abból pedig végképp ki kell ábrándítanunk mindenkit, hogy a mentális problémával küzdők mindegyike „őrült” volna – a szónak abban az értelmében, hogy az illető beszéde értelmetlen, a viselkedése bizarr, vagy hogy „dolgokat lát”. Az sem felel meg a valóságnak, hogy a mentális zavarokban szenvedők potenciálisan erőszakos, veszélyes emberek lennének. Mi több, valójában a mentális problémákkal küzdők körében kifejezetten ritkaság a „zavarodottság és erőszakosság” (Arkowitz & Lilienfeld, 2011).

Elegendő-e egyetlen indikátor megléte az abnormalitás bizonyítására? Ez megítélés kérdése. A szakemberek mindenesetre jobb szeretik két vagy több indikátor meglétéhez kötni az „abnormális viselkedés” címét. (Jusson eszünkbe, hogy Rosenhan és társai csupán *egyetlen* tünet meglétéről vallottak, arról, hogy hangokat hallanak.) Minél szélsőségebb és minél több jele van az abnormalitásnak, annál biztosabban képes azonosítani a pszichológus a mentális zavart.

Még ha fenn is állnak a jelek, a pszichológusnak még akkor is hátravan egy feladata: meg kell állapítania, *milyen* mentális zavarról van szó az adott személynél. Ez trükkös dolog lehet, mert a pszichopatológiai állapotoknak több száz formája ismert. Egyes diagnózisok neve ismerősen csenghet: **depresszió, fóbia, pánikzavar**. Talán kevésbé ismert a **borderline személyiségzavar** vagy a **konverziós zavar**. Mindenesetre a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvének jelenleg érvényben lévő, ötödik kiadása (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*), amit röviden csak DSM-5-ként emleget a szakma, több mint 300 különböző pszichopatológias állapotot ír le. Bár a kézikönyv erősen hajlik az orvosi modell felé, a mentális egészséggel foglalkozó szakemberek ezt használják a pszichés kórállapotok diagnosztizálásához.

Nemi különbségek a mentális zavarok terén Senki sem tudja az okát, de az adatok azt mutatják, hogy a különböző mentális zavarok gyakorisága tekintetében esetenként hatalmas különbségek lehetnek a két nem között (Holden, 2005). A nőknél például gyakrabban diagnosztizálnak hangulatzavarokat, különösen depressziót. Ugyancsak túlsúlyban vannak a nők a szorongásos zavarok és az evészavarok gyakorisága terén. De a férfiak sem ússzák meg: náluk az agresszív viselkedés vagy önkontrollhiány jellemezte személyiségzavarok jóval gyakoribbak, például az alkohol- és drogabúzus, vagy az erőszakosság. Lényegesen gyakrabban diagnosztizálnak ezért férfiakat antiszociális viselkedésszavarral, mint nőket. Azt sem szabad azonban elfelejteni, hogy a nőkkel szemben megengedőbbek a társadalmi normák a depressziós érzések felvállalását illetően. Ugyanakkor a férfiakat inkább az érzéseik „kézzelfoghatóbb” módon történő kiélésére bátorítják a normák.

A mentális zavarok terén egyes nemi különbségeknek valószínűleg biológiai gyökereik vannak. A férfiak agya például, úgy tűnik, jobban *lateralizált*, azaz bizonyos agykérgi funkciók inkább lokalizálódnak az egyik vagy a másik agyfélteke területére. Ez megmagyarázhatja, hogy a férfiak bal agyféltekei sztrókot követően miért csak kisebb valószínűséggel nyerik vissza nyelvi készségeiket. Idegkutatók gyanítják, hogy a férfiagy „egyoldalúságának” szerepe lehet abban, hogy a körükben magasabb a skizofrénia és a legtöbb fejlődési zavar, például az autizmus, az ADHD és egyes tanulási zavarok előfordulása (Holden, 2005). Hasonlóképpen – eddig még feltáratlan – biológiai különbségek állhatnak annak hátterében is, hogy a nők fogékonyabbak a depresszióra. Sajnos még adós a tudomány azzal, hogy a mentális zavarok terén tetten érhető nemi különbségek társadalmi és biológiai magyarázatai között egyértelmű különbséget tehesünk. Mindenesetre senki ne lepődjön meg túlságosan, ha végül az derül ki, hogy a környezet és a biológia egyaránt részt vesz a folyamatok alakításában.

Figyelmeztetés az olvasónak A pszichológiai zavarok tüneteit olvasgatva bizonyára sokak elkezdenek a saját mentális állapotukról töprengeni. Pszichológiahallgatók körében megszokott jelenségnek számít ez, ahogy az orvostanhallgatók is a legkülönbözőbb testi betegségek tüneteit észlelik magukon, attól függően, miről tanulnak éppen. Hogy megérthessük, mire is gondolunk pontosan, elemezzük ki a 12.3. táblázatban olvasható kérdéseket, melyeket az abnormalitás indikátorait ismertető 12.2. táblázat alapján alkotunk meg. A lényeg, hogy bizonyos nemkívánatos viselkedések enyhe, az „abnormalitás” határait nem elérő formában gyakran előfordulhatnak egyébként egészséges embereknél.

12.3. TÁBLÁZAT Az abnormalitás indikátorai alapján megalkotott kérdések

Kérdés	Az abnormalitás indikátora
Előfordult már, hogy minden konkrét ok miatt lehangolt vagy szomorú volt?	Distressz
Ment már el úgy bulizni, hogy tudta, inkább tanulnia kellene?	Maladaptivitás
Előfordult már, hogy olyasmit látott vagy hallott, ami nem volt valóságos?	Irracionalitás
Volt már érzelmileg annyira felindult, hogy olyasmit tett vagy mondott, amit később megbánt?	Kiszámíthatatlanság
Vannak olyan szokatlan gondolatai, amelyekről senkinek sem beszél?	Szembemenés a konvenciókkal
Megijesztett vagy felzaklatott már valakit azzal, amit tett vagy mondott?	Maladaptivitás

Biztosra vehető, hogy szinte mindenki igennel válaszolt legalább egy – ha nem az összes – kérdésre. Ez még nem szükségszerűen jelent abnormalitást. Hogy valaki normálisnak számít-e, az a mérték és a gyakoriság kérdése – és persze a klinikusok ítéleté.

Az egyes konkrét pszichés zavarok tárgyalásánál tehát nagy valószínűséggel találkozunk majd olyan tünetekkel, melyeket magunk is megtapasztaltunk már. Akárcsak a barátaink, az ismerőseink. Tudnunk kell, hogy ez teljesen *normális*. Ráadásul ennek a fejezetnek a folyamán azt is látjuk, hogy nincs egy éles határ, ami elválasztaná a pszichopatológiás állapotokat a normalitástól, nem feltétlenül helyezhetjük magunkat egyértelműen ide vagy oda. A pszichés zavarokban a normálisnak tekinthető hajlamok, tendenciák túlzottá válása lesz jellemző. Mindazonáltal azt sem szeretnénk sugallni, hogy vegyük félvállról a pszichés zavarokkal kapcsolatos aggodalmakat. Ha a fejezet elolvasása után valaki úgy érzi, jelentős mértékű problémája van, az keressen fel egy szakértőt.

[PSZICHOÜGYEK]

Az elmebetegség mint felmentés – mekkora a probléma?

Tegyük egy kis kitérőt, és vizsgáljuk meg a jog tükrében a mentális zavarokat, pontosabban azt az esetet, amikor az „elmebetegség” esete forog fenn. Két kérdést tennénk fel ezzel kapcsolatban.

Az első, hogy az elmebetegség felmentést ad-e erőszakos bűncselekmények alól, és ennek következtében veszélyes emberek ezreit engedik-e szabadon ezen az alapon.

Mielőtt továbbhaladnánk az olvasással, feltennénk még egy kérdést. Mit gondolnak, milyen gyakran kéri a védelem az elmebetegség megállapítását? Próbáljuk meg kitalálni, hogy az Egyesült Államokban a vádlottak hány százaléka próbál ezzel védekezni.

A helyes választ megtaláljuk alább. Aki 10 százalékon belüli eredményre tippelt, az meglepően tisztán látja a valós helyzetet. De mielőtt elárulnánk a tényleges számot, vessünk egy pillantást a beszámíthatatlansággal való védekezés történetére.

1843-ban egy Daniel M’Naughten nevű glasgow-i favágó – állítása szerint – azt az utasítást kapta Istentől, hogy ölje meg a brit miniszterelnököt, Robert Peelt. Peel szerencséjére az önjelölt orgyilkos elhibázta a támadást. M’Naughtent bíróság elé állították, ami az „elmebetegség miatt nem büntethető” ítéletet hozta. A bíróság azzal érvelt, hogy M’Naughten mentális állapota nem teszi lehetővé neki, hogy különbséget tegyen jó és rossz között. A köz persze felháborodott a bíróság döntésén. Alig 138 évvel később ugyanilyen felháborodás övezte azt a döntést is, amikor a Ronald Reagan ellen merényletet megkísérlő John Hinckley, Jr. mentális állapotát ítélték olyannak, ami miatt a fiatalember nem büntethető.

Az ilyen híres ügyekre adott reakciók jól mutatják, mi a közvélemény álláspontja az elmebetegség mint felmentő körülmény eseteiről. Sokan azzal vádolják a pszichológusokat és a pszichiátereket, hogy gúzsba kötik az igazságszolgáltatás kezét, mániákus gyilkosokat engednek vissza közénk, és a bűnözők ahelyett, hogy börtönben töltenék le jól megérdemelt büntetésüket, szanatóriumokba kerülhetnek „kezelésre”. De ez a kép több helyen sem fedi a valóságot.

Először is, a DSM-5-ben sehol sem találhatjuk meg az „elmebetegség” fogalmát a felsorolt pszichés zavarok között. Az *elmebetegség* sem a pszichológiában, sem a pszichiátriában nem használt fogalom, csak a jogban fordul elő, és csak bíróságok használhatják ezt a terminust. Az Egyesült Államok legtöbb államában azt tekintik elmebetegnek, akire nemcsak a pszichotikus állapot, de indulatkitörések, dührohamok, szellemi korlátoltság, és számos egyéb állapot is jellemző, melyek miatt az adott személy nem képes kontrollálni a viselkedését, vagy különbséget tenni helyes és helytelen között (Mercado, 2006; Thio, 1995).

Ha így áll a helyzet, miért nem semmisítjük meg egy tollvonással azokat a törvényeket, melyek lehetővé teszik ezt a fajta ítéletalkotást?

A kérdésre a válasz attól függ, mit tekintünk bűncselekménynek. Hogy egy adott személyt felelősségre lehessen vonni egy bűncselekmény elkövetéséért, ahhoz két feltételnek kell teljesülnie: (a) az illető *jogellenes cselekményt* kövessen el (tehát az nem elégséges, ha valaki csak el akar követni egy bűncselekményt), és (b) az illető *szándékosan* kövesse el a tettet. A főnökünk halálát kívánni tehát nem bűncselekmény, ahogyan az sem, ha véletlenül elütjük őt a parkolóban. De ha előre *eltervezzük*, hogy végzünk azzal a személtárával, majd *szándékosan végre is hajtjuk* a tervünket, azzal kimerítjük a szándékos jogellenes cselekmény fogalmát, és a bíróság gyilkosságért ítélhet el minket. Ebből láthatjuk, miért nem szívesen szabadulna meg a jog a *szándékosság* fogalmától. De az is világos, hogy a szándékosság kritériuma miként képes teret engedni annak, hogy az elmebetegséget mentő körülménynek lehessen tekinteni.

Mindezek ismeretében idézzük fel, hány százalékra ítéltük azon vádlottak arányát, akik az elmebetegség és beszámíthatatlanság mögé igyekeznek bújni.

A valóságban a bűncselekménnyel vádlottak kevesebb mint 1 százaléka próbálja a védekezés során használni az elmebetegség aduját, és csupán a töredékük jár sikerrel (Chiaccia, 2007). Sok hírhedt gyilkos igyekezett elmebetegnek beállítani magát, például

David Berkowitz, Ted Bundy, Charles Manson, John Wayne Gacy, Jeffrey Dahmer és Dan White (utóbbi például a túl sok cukrot tartalmazó ételeket okolta azért, hogy gyilkos vált belőle). Még egyszer tehát: az elmebetegségre hivatkozás *nem* volt sikeres egyik fenti esetben sem.

Minden világos?

1. Hogyan próbálta Rosenhan tanulmányozni, miként diagnosztizálják a pszichiáterek a mentális zavarokat?
2. Mi a három klasszikus tünete a súlyos mentális zavaroknak?
3. A Rosenhan-vizsgálatban az álbetegek által tapasztalt hallucinációkat valószínűleg milyen okra vezette volna vissza (a) Hippokratész, (b) egy középkori orvos vagy pap, (c) egy 1800-as években élt orvos?
4. Megközelítőleg milyen gyakran állapítanak meg a pszichológusok a bűnelkövetőknél elmebetegséget? Az Egyesült Államokban milyen gyakran igyekeznek ennek alapján felmentést elérni a vádlottak?
5. Mondjunk példát arra, milyen dolgokat vehet figyelembe egy pszichológus, amikor meg akarja érteni egy páciens mentális zavarát – de amit egy, az orvosi modellt szem előtt tartó pszichiáter valószínűleg *nem* vizsgálna!

Helyes válaszok: 1. Társasulni egyúttal megpróbálta felvenni magát egy pszichiatriai intézetbe, arra való hivatkozással, hogy hangozott hall. Mindannyiukat felvettek, amiből arra következtetett, hogy a pszichiátriát diagnosztizálni csak a jogban létezőnek. Az Egyesült Államokban a büntetések kevesebb mint 1 százaléka kézből való, a zavaró viselkedést vagy a kontrollhiányt (lásd III. kötet, 10. fejezet).

- 12.2. KULCSKÉRDÉS

Hogyan osztályozza a pszichés zavarokat a DSM-5?

A *Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve* ötödik kiadása nagyon hasonló módon listázza a pszichés állapotokat, mint egy könyvesbolt (fantasy, romantikus regények stb.): a mintegy 300 mentális zavart összesen 22 diagnosztikai kategória valamelyikébe sorolja. Ez a kézikönyv adja az Egyesült Államokban a pszichopatológiás állapotok legszélesebb körben használt rendszerét. Fontos megjegyezni, hogy a DSM-5 *nem* okozati alapon osztályozza a legtöbb mentális zavart, mivel az esetek többségében az ok ismeretlen vagy vitatott. Ehelyett:

12.2. Központi fogalom

A legszélesebb körben használatos DSM-5 mentális és viselkedési tünetek alapján sorolja kategóriákba a mentális zavarokat.

A DSM-5 olyan sok mentális zavart ismertet, hogy lehetetlen vállalkozás lenne ezeket mind felvonultatni e könyv keretein belül. Ezért inkább azokra koncentrálunk, melyek általában a leggyakrabban fordulnak elő, illetve amelyekkel a legtöbbet foglalkoznak a pszichológusképzés során.

A DSM-5 klasszifikációs rendszerének áttekintése

A DSM-5-nek két nagy előnye van:

- Az egyik, hogy speciális kritériumokat kínál a több mint 300 mentális zavar mindegyikének diagnosztizálásához.
- A másik pedig, hogy a gyakorló szakembereknek közös fogalomrendszert kínál a pszichopatológiás állapotok leírásához.

Bár a kézikönyvet eredetileg elsősorban pszichiátereknek szánták, a terminológiáját mindenféle klinikai szakember magáévá tette, beleértve a pszichiátereket, a pszichológusokat és a szociális munkásokat. Ráadásul az USA-ban a legtöbb egészségbiztosító is a DSM-5 standardjai alapján határozza meg, milyen kezelésekért hajlandó fizetni – ez óriási gazdasági befolyással ruházta fel a kézikönyvet.

Az ötödik kiadás mintegy húsz évet váratott magára a negyedik után, és átgondolt javításokat tartalmaz. Mivel eredetileg pszichiátereknek készült, talán senkit sem lep meg túlzottan, hogy a DSM-5 szorosan kötődik a mentális problémák orvosi modelljéhez. A nyelvazete pedig ugyancsak orvosi: tünetek, szindrómák, diagnózisok és betegségek. (Ne feledjük: a „normalitás” diagnózisát nem tartalmazza.) A szerzők azonban elsősorban a diagnosztizáláshoz szükséges *megbízható* alapot kívántak nyújtani, vagyis az volt a céljuk, hogy olyan egyértelmű és precíz kritériumrendszert állítsanak fel, ami alapján mindegy, hogy melyik szakember diagnosztizálja a páciens, a diagnózis ugyanaz lesz.

A DSM korai változatai erőteljes freudi hatás alatt álltak, a legújabb kiadás azonban általában sikeresen kerüli el, hogy konkrét elméleteket, okokat vagy kezeléseket próbáljon előnyben részesíteni. Abban is eltér a korábbi kiadásoktól, hogy konkrét és mindenre kiterjedő tünetleírásokat mellékel az egyes zavarokhoz.

- Különösen értékesnek tartjuk annak felismerését, hogy *a mentális zavarok képei változni az élet során*. Így például szerepel a kézikönyvben, hogy egy 12 éves gyerek depressziója nem ugyanaz, mint egy 60 évesé.
- A DSM-5 ugyancsak megállapítja, hogy *a mentális zavarok tüneteinek és lefolyása eltérőek lehetnek a két nem tagjainál*.
- Az is fontos javítás, hogy *a mentális zavarokat nem lehet jól elkülöníthető kategóriákba sorolni, inkább egy, a „normálistól” a diszfunkcionálisig tartó spektrum mentén helyezhetők el*. Azaz a mentális zavaroktól szenvedők nem a többi embertől eltérő vonásokkal és tulajdonságokkal jellemezhetők, hanem ezek mértéke, hangsúlyossága más az esetükben.

- A DSM-5-ben szerepel az a megállapítás is, hogy *bizonyos tünetek (például szorongás és depresszió) több mentális zavar esetén is fennállhatnak.*
- Végül pedig a DSM-5 szerint *a legtöbb páciens esetében többféle zavar tünetei is mutatkoznak.*

Általánosságban azt mondhatjuk, hogy a kézikönyvet összeállító és az új klasszifikációt megalkotó szerkesztőbizottság a lehető legjobbat tette azzal, hogy elismerte a tudásunk korlátait, ugyanakkor az elérhető legjobb tudományos alapokra helyezte az új „pszichiátriai bibliát”.

Az is a DSM-5 javára írható, hogy megszüntette a **neurózis** kifejezést (bár azt továbbra is gyakran hallani szakmabeliek szájából kötetlen beszélgetés közben). A neurózis vagy neurotikus zavar kifejezést eredetileg az olyan, viszonylag gyakran előforduló szubjektív distressz vagy önbántalmazó viselkedés leírására alkalmazták, amelyet nem jellemez agyi abnormalításra utaló jel, vagy nagymértékben irracionális gondolkodás. Röviden, a régebbi felfogás szerint a „neurotikus” ember boldogtalan vagy elégedetlen, de *nem* nagyon beteg és *nem* távolodott el a valóságtól.

A **pszichózis** a korábbi értelmezés szerint a neurózistól a tünetek minőségében és súlyosságában különböző állapotot jelentett. Ma már nem a neurózis súlyosabb típusának tartják, hanem önálló kórállapotnak. A DSM-5 a pszichózis kifejezést az olyan zavaroknak tartja fenn, melyek során az egyén elveszíti a kapcsolatát a valósággal.

Van még egy dolog, amiről szeretnénk szót ejteni, mielőtt beleássuk magunkat a mentális zavarok vizsgálatába. Bár a mindennapos pszichés problémák többsége a döntéshozás, illetve a zavarodottsággal, a frusztrációval és a veszteséggel való megküzdés problémáit öleli fel, a DSM-5 ezeket az állapotokat *Egyéb, klinikailag figyelmet igénylő állapotok* cím alá sorolta be. Ez a kategória szolgál az olyan, viszonylag enyhe problémák gyűjtőhelyeként, melyek más kategóriákba nem illenek bele. A társaság igen vegyes: itt kaptak helyet a házassági, a munkahelyi és tanulási problémák, a szülő-gyerek problémák, de még a betegség szimulálása is. Ennek következtében a mentális problémával diagnosztizált emberek túlnyomó többsége ebbe a kategóriába tartozik – a DSM-5 mégis meglepően kevés hangsúlyt fektet rá. Ez már csak azért is ironikus, mert ezek a beilleszkedési problémák nagyon gyakoriak: a magánpraxisban dolgozó szakemberek patientúrájának nagy többségét az e kategóriába esők teszik ki.

Mindezek ismeretében most fordítsuk figyelmünket a DSM-5-ben tárgyalt zavarokra, pontosabban azok egy részére. Kezdjük a sort a tartós hangulati szélsőségekkel jellemezhető *depresszív zavarokkal*.

Depresszív zavarok

Talán nincs is olyan ember, aki ne kapott volna még rossz jegyet, ne vallott volna kudarcot, ne veszítette volna el egy szeretettét, vagy ne utasította volna el a szerelme. Mindenki átél időnként erős, kellemetlen érzelmi reakciókat. Az érzelmi hullámvölgyek az élet normális részét képezik. Amikor azonban ezek a periódusok túl hosszúvá nyúlnak, napokra vagy akár hetekre, amikor meggátolják az embert a hétköznapi teendői elvégzésében és egyáltalán, az élete élésében, akkor már komoly baj van, és a diagnózis jó eséllyel a **depresszív zavar** lesz, aminek két formáját különböztetjük meg:

- major depresszió;
- szezonális major depresszív zavar.

Major depresszió A hosszú ideig depressziós emberek állapotát major depresszióknak vagy major depresszív zavarnak nevezzük. Ez az egyik leggyakoribb súlyos mentális zavar. Természetesen nem minden depressziós epizód súlyos, ezekre a DSM-5 a *visszatérő (rekurrens) rövid depresszió* és a *rövid ideig tartó depressziós epizód* fogalmakat használja.

Gyakoriság A pszichológus Martin Seligman (1973, 1975) nevezte a depressziót a pszichés problémák „közönséges náthájának”. Az Egyesült Államokban a mentális okból bekövetkező kórházi kezelések nagy részéért a depresszió a felelős. Annyira elterjedt, hogy egy zenei műfaj, a blues épül erre az érzésre. Még ha valaki nem is él át élete során major depressziót, jó eséllyel megtapasztalta már a depresszív állapotok enyhébb vagy rövidebb formáit. Valójában számos klinikai szakember véli úgy, hogy a hatalmas eset-szám dacára a depressziós megbetegedések óriási része diagnosztizálatlanul és kezelés nélkül marad (Kessler et al., 2003; Robins et al., 1991).

A NIMH becslése szerint (2006) az Egyesült Államok polgárainak évente 83 milliárd dollárjába kerül a depresszió kezelése, amiben benne van a kórházi kezelés, a terápiák és a munkahelyi kiesés költsége. De nem lehet a depresszió okozta károkat csak pénzben mérni. Számítalan ember vergődik a depresszió fogságában, akik értéktelennek érzik magukat, eltávolodnak a családjuktól és a barátaiktól, étvágytalanok lesznek, alvászavaraik vannak, elveszítik a munkahelyüket, nyugtalanná vagy letargikussá válnak. Súlyos esetben pszichotikus állapotba kerülnek, torzul a valóságérzékelésük.

Egyesek úgy vélik, a depresszió járványszerűen kezd terjedni, hiszen a 18–29 évesek körében nagyobb a depresszió előfordulási aránya az idősebb felnőttekhez képest (Kessler et al., 2005a).

Mi állhat ennek a hátterében? A pszichológus Jonathan Rottenberg úgy okoskodik, hogy a bajok gyökerét a „túl sok munkában, a túl sok ingerben és a túl kevés alvásban” kell keresni, amihez hozzájárulnak a túl magas elvárások, a mind jobban terjedő szerhasználat, és a 21. századi élet több társadalmi nyomása (Rottenberg, 2014).

A major depresszió legaggasztóbb velejárója a magas öngyilkossági ráta: ötvenből egy major depressziós beteg követ el öngyilkosságot (Bostwick & Pankratz, 2000). Az öngyilkosság kockázata ugyanúgy nagy a depressziós epizód mélyülésekor, mint az enyhülésekor. Mi több, a hangulatváltozás időszakai alatt nagyobb a veszélye annak, hogy öngyilkosságot kövessenek el, mint amikor a depressziós ciklus legalján vannak. Mi ennek az oka? Az, hogy aki a gödör alján van, annak egyszerűen nincs sem energiája, sem akarata arra, hogy *bármit* is csináljon, így arra sem, hogy kivitelezzen egy öngyilkosságot. De más tényezők is kockázatot hordoznak. Az alkoholabúzus – az alkoholt gyakorta afféle „öngyógyításként” szokták bevetni a depresszió ellen – vagy más tudatmódosítók használata megsokszorozza az öngyilkosság valószínűségét, akárcsak az elégtelen impulzuskontroll, a krónikus testi betegségek és egyes agyi abnormalitások (Ezzell, 2003; Springen, 2010).

Mi azt tanácsoljuk, hogy mindig vegyük komolyan, ha valaki öngyilkossággal fenyegetőzik, még akkor is, ha magunkban azon a véleményen vagyunk, hogy az illető

csak figyelmet akar kicsikarni ezzel, és nem látjuk rajta a depresszió egyéb jeleit. De semmiképpen se próbáljuk meg magunk „kikezelni” az illetőt a depressziójából. Az öngyilkosságot fontolgatót mindig kompetens szakemberhez kell irányítani segítségért. Ha nekünk van szükségünk segítségre, és nem tudjuk, hová is fordulhatnánk, keressük fel az iskolapszichológust vagy a diáktanácsadót, hívjuk a Kék vonalat vagy a Lelki El-sősegély Telefonszolgálatot. Az alábbi *Próbáljuk ki magunk!* részben pedig megejthetünk egy gyors ellenőrzést arról, hogy mutatjuk-e depresszió jeleit.

Próbáljuk ki magunk! DEPRESSZIÓRA UTALÓ JELEK

A legtöbben úgy hiszik, a depresszióknak feltűnő tünetei vannak, az érintett jól láthatóan szomorú, vagy sokat sír. Csakhogy a depresszió a gondolkodás és a viselkedés egyéb területeit is érinti. Hogy felmérhessük, mi magunk hányadán állunk a depressziós hajlammal, válaszoljunk igennel vagy nemmel az alábbi kérdésekre.

- Az idő java részében szomorúnak, reménytelennek érzi magát vagy büntudata van?
- A régi barátai elkerülnek?
- Esetleg ön veszítette el az érdeklődését a tevékenységek, események, emberek iránt?
- Előfordult már, hogy nagymértékű változás állt be az étvágyában vagy a testsúlyában, bár nem diétázott?
- Gyakorta érzi magát nyugtalan-nak vagy vannak alvászavarai, különösen azért, mert a gondolatai nem hagyják nyugodni?
- Kimerültebbnek és nyüzögősebbnek érzi magát, mint amennyire indokoltnak tűnne?
- Túl sokat alszik?
- Sok időt tölt azzal, hogy szomorú dolgokon vagy az elkövetett hibáin rágódik?
- Előfordult már, hogy egyre inkább nehezebb esett a koncentráció vagy a gondolkodás?
- A gondolatai vissza-visszatérnek a halálhoz és az öngyilkossághoz?
- Sok időt tölt olyan „menekülő” tevékenységek végzésével, melyek révén elkerülheti, hogy életének fontos problémáival foglalkozzon? (Például túl sokat játszik számítógépen, túl sokat olvas, vagy ivással tölti az idejét).

Depressziós körkép – interkulturális összehasonlítások A vizsgálatok szerint a depresszió világszerte a munkaképtelenség leggyakoribb oka (Holden, 2000), bár az előfordulási gyakorisága nem mindenhol egyforma (12.4. táblázat).

Az ismert depressziós esetek számában az egyes kultúrák között megmutatkozó különbségért felelős lehet az is, hogy az adott helyen az emberek mennyire hajlandóak segítséget kérni a depressziójukra. De más tényezők is közrejátszanak. A Közel-Keleten folyó háború miatti stressz egyértelműen megszorította a depressziós esetek számát (Thabet et al., 2004). Ugyanakkor Tajvanon és Dél-Koreában meglehetősen alacsony a depresszió aránya, ahogyan a válásé is, márpedig a különélés és a válás láthatóan minden kultúrában hozzájárul a depressziós kockázat megnövekedéséhez. Az igazsághoz hozzátartozik az is, hogy egy kisebbség szerint a depressziót túldiagnosztizálják, mert a klinikumban dolgozó szakemberek azokra is ráragasztják a depresszió címkéjét, akik pedig csak normális reakciót adnak egy szerencsétlen életseményre, illetve mert a gyógyszergyártó cégek érdeke az, hogy minél több pirulát eladhassanak a boldogtalanoknak (Andrews & Thompson, 2009, 2010).

12.4. TÁBLÁZAT Az egy évig vagy tovább tartó depressziós epizód előfordulásának kockázata

Ország	A depresszió gyakorisága
Tajvan	1,5%
Dél-Korea	2,9%
Puerto Rico	4,3%
Egyesült Államok	5,2%
Németország	9,2%
Kanada	9,6%
Új-Zéland	11,6%
Franciaország	16,4%
Libanon	19%

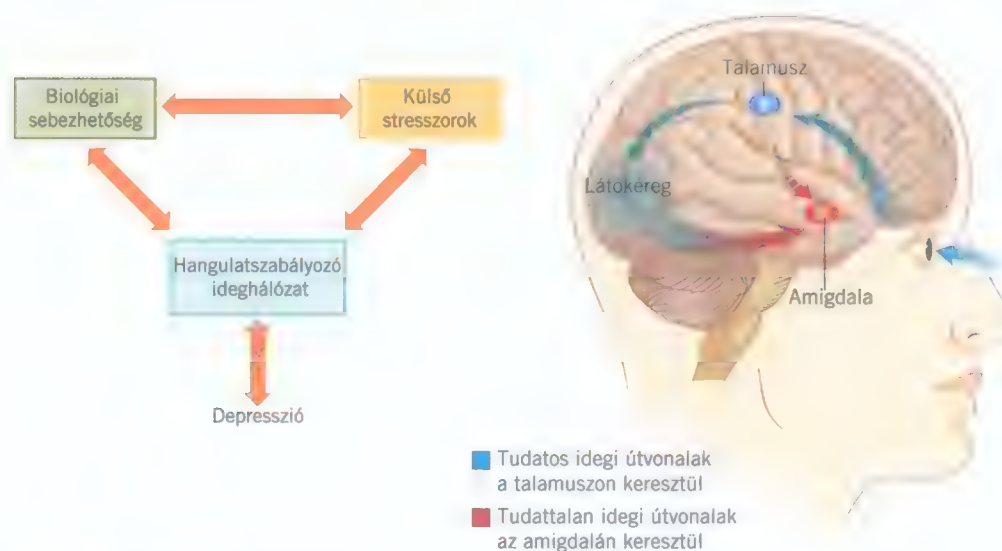
A major depresszió biológiai alapjai A tudósok mostanra sok darabkáját összeillesztették a depresszió nevű kirakósna, és ennek alapján azt látjuk, hogy e kóros állapotnak biológiai alapjai vannak. Viszont egyelőre senki sem állt elő egy olyan teljes képpel, amivel minden szakember egyet tudna érteni. Lássuk, mi az, amit tudunk!

- Tudjuk, hogy a depresszió sok esetben genetikai eredetű, mert a súlyos depresszió jellemzően halmozódik a családokban (Plomin et al., 1994). Egyesek véleménye szerint a depresszióra – legalábbis az enyhe formájára – való genetikai hajlam evolúciósan egyenesen előnyös lehetett, mert a kezelhető mértékű depresszió és aggodalom segítette az embereket abban, hogy a túlélés szempontjából fontos problémák megoldására koncentráljanak (Andrews & Thompson, 2009, 2010; Rottenberg, 2014). Tény, hogy a depresszióval diagnosztizáltak között gyakori, hogy nem képesek „lekattanni” a gondjaikon agyalásról – ez a **rumináció** vagy rágódás.
- Kutatások szerint külső biológiai okok, például egy vírusfertőzés is okozhat depressziót (Bower, 1995b; Neimark, 2005). Ezt támasztják alá, hogy agyi képalakító felvételeken depressziós betegek agyában gyulladásra utaló jeleket találtak (Centre for Addiction and Mental Health, 2015).
- A depresszió kialakulásában szerepet játszhat az agyi **neurotranszmitterek** (lásd I. kötet 2. fejezet) egyensúlyának felborulása is. Erre utal, hogy sok páciensnél jelentős javulás érhető el az agyban termelődő norepinefrin, szerotonin és dopamin mennyiségére ható gyógyszerekkel (Ezzell, 2003). Az antidepresszánsok emellett új idegsejtek képződését serkentik a **hippokampusz** (lásd I. kötet, 2. fejezet) területén (Insel, 2007). Fontos: ez **korrelációs eredmény** (lásd I. kötet, 1. fejezet), tehát nem állíthatjuk biztosan, hogy az idegsejtek képződése az a tényező, ami hatékonyra teszi ezeket a gyógyszereket. Mindenesetre van értelme

mindennek azon vizsgálatok eredménye tükrében, melyek szerint a stressz képes elnyomni a hippocampus területén az idegsejtek fejlődését és siettetni a depressziós epizód fellépését (Jacobs, 2004).

- EEG-felvételek szerint a depressziós betegek agyhullámaival is gond van, a bal homloklebenyben alacsonyabb az agyhullám-aktivitás (Davidson, 1992a, 1992b, 2000a; Robbins, 2000).
- Újabb képalkotó felvételek tanúsága szerint összefüggés áll fenn az amigdala (az agyi „félelemáramkörök” része) és a homloklebenyek 25-ös terület nevű része között, ami közvetlenül a szájüreg hátsó része felett található. Depressziós betegeknél ez az agykérgi terület paradox módon „világít” a felvételeken, mondja az idegkutató Helen Mayberg (Dobbs, 2006b; Insel, 2010; Mayberg, 2006, 2009). Ugyanakkor a depresszió sikeres terápiái – legyen az gyógyszeres vagy pszichoterápia – elnyomják a 25-ös terület túlzott aktivitását.

Azt senki sem tudja pontosan, mire is szolgál a 25-ös terület, és hogyan működik, bár Mayberg azt gyanítja, hogy egyfajta „kapcsolóállomás” lehet a homloklebeny tudatos „gondolkodást” végző területei és az agy tudattalan „riasztórendszere” között. Mayberg szerint a 25-ös terület nem egyedül felelős a depresszióért, valószínűbben számos más agyterület részt vesz még a folyamatban. Így hát, bár Mayberg rámutatott a 25-ös terület szerepére, véleménye szerint semmiképpen sem szabad úgy tekinteni a depresszióra, mint az agy e konkrét területének problémájára. Sokkal inkább az agykéreg, a kéreg alatti állomány és a limbikus rendszer *strukturái* alkotta rendszer hibás működése állhat a hátterben, karöltve a neurotranszmitterek e területeken jellemző megborult egyensúlyával.



12.4. ÁBRA Mayberg depressziómodellje

A modell szerint a depresszió három fő tényező kölcsönhatásának eredménye: (a) az agy hangulatszabályozó ideghálózata, (b) külső stresszorok és (c) biológiai sebezhetőség.

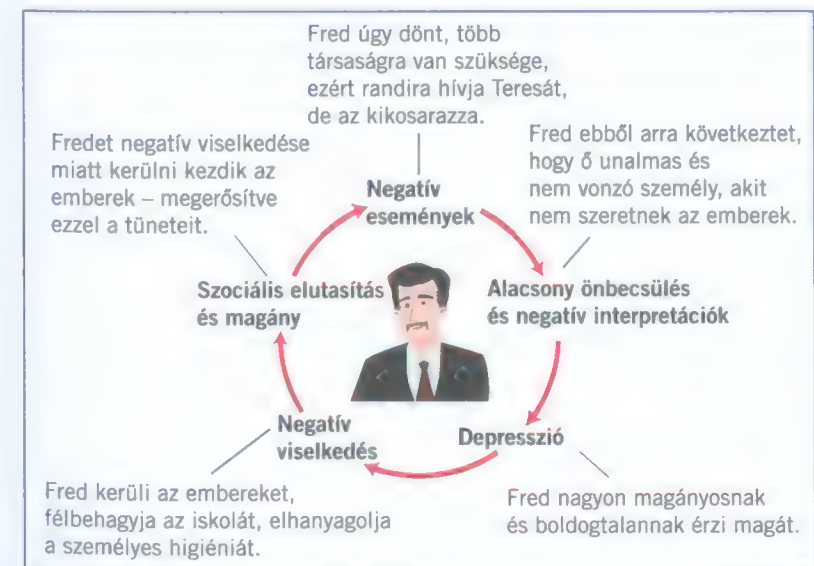
Úgy véli, a depressziós epizódok olyankor lépnek fel, amikor az ennek az összetett hangulatszabályozó rendszernek a defektusával küzdő embert stressz éri (12.4. ábra).

A major depresszió pszichés tényezői A legtöbb mentális zavarhoz hasonlóan a major depressziót sem vezethetjük vissza kizárólag biológiai okokra. Az állapot kialakulásában mentális, szociális és viselkedési elemek is helyt kapnak. Megbízható bizonyítékok támasztják alá, hogy a stresszes életesemények, például a munkahely elvesztése vagy egy szeretett személy halála, gyakran idéz elő depressziós epizódot (Monroe & Reid, 2009).

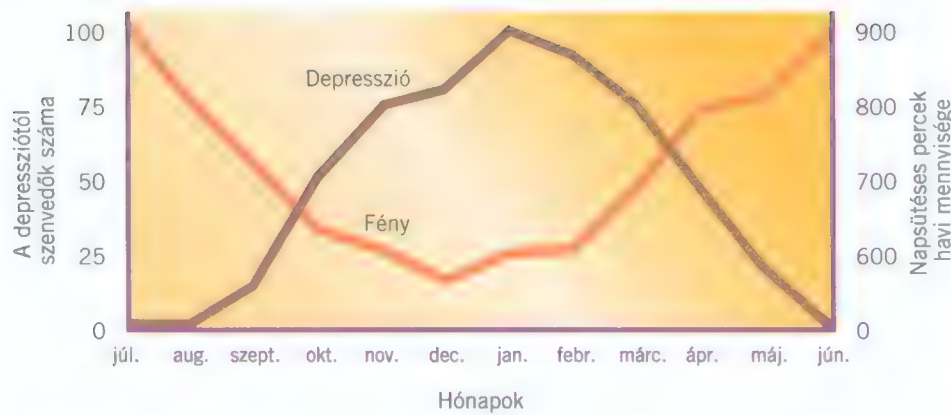
Rágódás Az alacsony önbecsülés és a pesszimista attitűd a depresszív gondolkodás üzemanyagaként szolgál (12.5. ábra). A pszichológusok ezt a gondolkodási mintázatot – tehát amikor a negatív gondolatok önkéntelenül is ismétlődnek, újra meg újra visszatérnek – nevezik ruminációnak vagy rágódásnak (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Míg a depressziós spirál a kezdetekkor együttérzést és figyelmet vált ki a depressziós személy körül élőkből, a későbbiekben az emberek kezdenek elfordulni az illetőtől, míg a beteg magára marad, és ettől még több distresszt él meg (lásd 12.5. ábra).

Tanult tehetetlenség Feltehetően az alacsony önbecsülés következtében a depresszióra hajlamos emberek depressziós ciklusa nagyobb valószínűséggel állandósul, mivel a negatív eseményeket hajlamosak saját hibáiknak vagy megváltoztathatatlanak vélt külső körülményeknek tulajdonítani (Azar, 1994). Martin Seligman ezt nevezte **tanult tehetetlenségnek**. Ez a negatív tulajdonítás táplálja a depressziós ciklust és a kétségbeesést (Coyne et al., 1991).

Nemi különbségek Senki sem tudja, miért van több depressziós a nők, mint a férfiak között (Holden, 2005). Susan Nolen-Hoeksema szerint (2001) a különbség oka a szomorúságra



12.5. ÁBRA A depresszió kognitív-viselkedési ciklusa



12.6. ÁBRA A napfény és a szezonális depresszió közötti kapcsolat

adott eltérő válaszokban lakozhat. Amikor egy nő szomorúságot él meg, véli Nolen-Hoeksema, általában a lehetséges okokra és következményekre koncentrálnak. Ezzel szemben a férfiak igyekeznek eltávolítani magukat a depresszív érzésektől, vagy úgy, hogy valamivel elterelik a figyelmüket, vagy olyan fizikai tevékenységbe fognak, ami hangulatjavítóként hat. Ezen modell szerint tehát a nők többet rágódnak a problémáikon, ami sérülékenyebbé teszi őket a depresszióval szemben (Shea, 1998). A nemek közti különbség egy másik lehetséges forrását jelentik azok a társadalmi normák, melyek a nőket arra bátorítják, hogy nyugodtan mutassák ki, ha segítségre van szükségük, míg a férfiakat épp ellenkezőleg.

Életkori különbségek A nemi különbségek mellett az életkor is számít a depresszió kialakulása szempontjából. A NIMH szerint (NIMH, 2010a) a fiatal felnőttek körében gyakoribb a depresszió, mint a hatvan év felettiak között. Bár a depresszió átlagosan 32 éves kor körül jelentkezik, egy nagy léptékű amerikai felmérés szerint a 12–16 éves korosztályban a valószínűsége meredeken megugrik (Hasin et al., 2005). Ugyanezen vizsgálat magasabb gyakoriságot mutatott ki a baby boom generáció tagjai körében is.

Szezonális major depresszív zavar A depresszió rejtélyét tovább bonyolítja egy speciális típusa, mégpedig az elsősorban a nagyobb szélességi fokok mentén élők körében a sötét téli hónapokban „taroló” szezonális depresszió (Insel, 2010; Lewy et al., 2006). A DSM korábbi kiadásában *szezonális hangulatzavar* néven szereplő mentális zavar helyett a DSM-5-ben már a szezonális major depresszív zavar terminus szerepel. Ez esetben viszont legalább ismerjük a kiváltó okot: a napfény hiánya miatt lecsökken a szervezetben a melatonin nevű hormon mennyisége, aminek a termelődése a retinában lévő fényérzékeny sejtekhez kötődik. (Igen, néhány vak ember is lehet szezonálisan depressziós!) A napfény és a depresszió közötti kapcsolatot mutatja be a 12.6. ábra.

A melatonintermelés napi fluktuációja szabályozza a belső biológiai órákat és az alvás-ébrenlét ciklust (Steele & Johnson, 2009). Ennek ismerete alapján kutatók hatékony és egyszerű terápiát dolgoztak ki a melatonin termelődésének megregulázására: a szezonális depresszióban szenvedőket erős mesterséges napfénynek kell kitenni.

A jelentések szerint jobb eredményt lehet elérni, ha a kognitív-viselkedési terápiát vagy az antidepresszánsok szedését fényterápiával kombinálják (DeAngelis, 2006).

Bipoláris zavar

A bipoláris zavar szintén gyakori mentális zavar, amit a hangulat szélsőséges változásai jellemeznek. A depresszió és letargia uralta időszakokat szélsőséges jókedv, nyugtalan-ság és hiperaktivitás váltja fel – ez a két hangulati szélsőség adja a két pólust, amiről a bipoláris zavar a nevét kapta. Az állapot régebbi elnevezése *mániás depresszió* volt.

- A **mániás epizód** alatt az egyén eufóriás, tele van energiával, hiperaktív, beszédese, érzelmileg pattanásig feszült. Ugyancsak jellemző ilyenkor, hogy nem képes jól megítélni dolgokat: nem ritkaság, hogy a mániás fázisban lévő személy elszórja a megtakarításait luxusholmikra, alkalmi szexuális kapcsolatokat létesít védekezés nélkül, kockázatos és veszélyes viselkedés jellemzi. Aztán, miután a mániás szakasz lecsengett, kénytelen szembenézni a maga teremtette káosz következményeivel.
- A mániás epizódot hamarosan követi a **depressziós epizód**, ami a melankólia sötét vermébe taszítja a korábban felpörgött illetőt. Ennek a fázisnak a tünetei olyanok, mint a major depresszióé (utóbbit ezért néha unipoláris depresszióknak is hívják). De a kétféle depressziós állapot biológiailag biztosan különbözik. Ezt onnan tudjuk, hogy a major depresszió esetén hatékony antidepresszánsok általában nem segítenek a bipoláris zavarban szenvedők depressziós epizódjain, sőt, esetenként akár még rontanak is az állapotukon.

Megjegyzésre érdemes, hogy bár a bipoláris zavar során fellépő depresszió olyan tünetekkel jár, mint a major depresszió, az utóbbi zavarban szenvedők soha nem élnek át mániás epizódokat.

Kutatások megerősítették a bipoláris zavar genetikai hátterének szerepét, de eddig még nem sikerült konkrét géneket kapcsolni az állapot kialakulásához (Bradbury, 2001). Az amerikaiak csupán 2,6 százaléka szenved bipoláris zavarban, de az átörökítés nagymértékű, így az érintett családokban sok ember problémája (Kieseppa et al., 2004; NIMH, 2010b). Az a tény, hogy a bipoláris zavar általában jól kezelhető gyógyszerekkel, a biológiai tényezők munkálkodását támasztja alá.

A bipoláris zavar eseteinek száma érthetetlen módon növekszik az elmúlt évek során, különösen a gyerekek körében (Holden, 2008). Ez arra utal, hogy az állapot kialakulásában környezeti vagy epigenetikai okok is közrejátszanak. Az is érdekes, hogy a bipoláris zavar gyakoribb az USA lakosai között, mint más országokban (Merikangas et al., 2011). Egyes kritikus hangok szerint ez azért van, mert az USA-ban túldiagnosztizálják a bipoláris zavart. A DSM-5 ezt új diagnosztikai kategória létrehozásával igyekezett orvosolni: ez a *diszruptív hangulatszabályozási zavar*, amibe azokat a gyerekeket lehet besorolni, akiknél rendszeres az ingerlékenység és kontrollvesztéses viselkedés jellemezte epizódok.

Szorongás

Fenyeg
lennén

Soka
gyomra

A kóro
mint a

A sz
eset va

folyam

gesek a
diagnó

Az a
szorong

a vezet

A ha
tart a s

• A

• V
a

• A

Genera

hónap

2010b

veríték

lehet a

de attó

ralizált

Fran

kígyók

miből

anélku

zavar t

Pánikz

jel nélk

Például

a szíve

és szor

alábbh

egy kis

Az évente több mint 10 millió amerikaiat érintő fóbiák súlyosan hátrányosan befolyásolják sokak életét (Winerman, 2005b). Bizonyos fóbiák, például a tériszony (akrofóbia) vagy a zárt terektől való rettegés (klausztofóbia) annyira gyakoriak, hogy szinte normális reakciónak tűnnek. (A klausztofóbiások gyakorta nem tudnak MRI-kivizsgáláson sem részt venni, mert képtelenek elviselni, hogy egy szűk csőben kell moccanatlanul feküdniük.)

Szintén gyakori fóbia a *szociális szorongásos zavar* (a hétköznapi társas helyzetektől való irracionális félelem), a kutyafóbia (kinofóbia), a rettegés a sötétől (niktofóbia). Más fóbiák viszont kifejezetten ritkák – egyesek a könyvektől, a kötelektől vagy a varangyoktól rettegnek szélsőséges mértékben! A gyakori és a kevésbé gyakori fóbiák egy részét a 12.5. táblázat ismerteti.

12.5. TÁBLÁZAT Fóbiák

DSM-5 kategória	Dolog/helyzet	Gyakoriság
Agorafóbia	Tömeg, nyílt terek	Gyakori (a felnőttek 3,5–7%-a)
Szociális szorongásos zavar	Félelem a nyilvánosság előtti cselekvéstől vagy a megaláztatástól	Gyakori (11–15%)
Specifikus fóbiák		A felnőtt lakosság akár 16%-ának lehet valamilyen konkrét fóbiája
Állatok	kutyák (kinofóbia) macskák (ailurofóbia) rovarok (inszektofóbia) pókok (arachnofóbia) madarak (avizofóbia) lovak (equinofóbia) kígyók (ofidiofóbia) rágcsálók (rodentofóbia)	
Tárgyak vagy helyzetek	zárt terek (klausztofóbia) kosz (mizofóbia) mennydörgés (brontofóbia) villám (asztrafóbia) magasság (akrofóbia) sötétség (niktofóbia) tűz (pirofóbia) víz (akvafóbia)	
Testi állapotok	betegség vagy sérülés vér látványa (hemofóbia) rák (kancerofóbia) nemi betegségek (venerofóbia) halál (tanatofóbia)	
Egyéb specifikus fóbiák	számok (numerofóbia) 13-as szám (triszkaidekafóbia) idegenek, külföldiek (xenofóbia) kötelek (linofóbia) könyvek (bibliofóbia) munka, konkrét tevékenység (ergofóbia)	ritka ritka ritka ritka ritka ritka

Megjegyzés: Eddig több száz fóbiát írtak le és láttak el névvel, a fenti táblázat ezek közül csupán néhányat ismertet. Egyes nagyon ritka és furcsa fóbiákat csupán egy-egy személynél figyeltek meg eddig.

Mi váltja ki a fóbiákat? Talán emlékszünk még rá, hogy John Watson és Rosalie Rayner már több mint száz éve bebizonyították (lásd II. kötet, 5. fejezet), hogy a félelem tanulható. Arra is szilárd bizonyítékok mutatnak, hogy a félelmek és a fóbiák klasszikus és operáns kondicionáláson alapuló terápiák segítségével megszüntethetők (Mineka & Zinbarg, 2006).

De nem csak a tanuláson múlik a dolog, véli Martin Seligman (1971), aki szerint az ember biológiailag arra van predisponálva, hogy bizonyos fajta félelmeket könnyebben megtanuljon, mint másokat. Az **evolúciós előkészítettségi modell** szerint biológiai hajlammunk van rá, hogy bizonyos fenyegető ingerekre gyorsan és automatikusan reagáljunk (Öhman & Mineka, 2001). Ez megmagyarázza, miért alakulnak ki lényegesen gyorsabban a kígyókra és a villámokra irányuló fóbiák, mint például az autóktól vagy az elektromos eszközöktől való rettegés – dacára annak, hogy az autók és az elektromosság modern világunkban lényegesen nagyobb veszélyt jelentenek ránk, mint a kígyók és a villámlás.

A félelmeket kiváltó, háttérben működő agyi mechanizmusnak része az amigdala, és a Joseph LeDoux és munkatársai által feltérképezett *tudattalan érzelmfeldolgozó útvonal* (lásd III. kötet, 9. fejezet) (Schafe et al., 2005; Wilensky et al., 2006). Ez az útvonal teszi lehetővé, hogy gyorsan reagáljunk, különösen a félelmet kiváltó ingerekre (Vigyázz! Ez egy kígyó!), mielőtt tudatosan is elemezhetnénk a helyzetet.

Rögeszmés-kényszeres zavar

A világirodalomban a rögeszmés-kényszeres, azaz **obszesszív-kompulzív zavar** (OCD, obsessive-compulsive disorder) leghíresebb példája Lady Macbeth, aki újra és újra megmossa a csak általa látott vérfoltokkal bemocskolt kezét – „El, átkozott folt! Tűnj el!” –, így próbálva megszabadulni a Duncan király meggyilkolása miatt érzett bűntudatától. És bár az e zavarban szenvedők általában nem hallucinálnak vérfoltokat a kezükre, Shakespeare remekül ráérezte a jelenség lényegére: a rögeszmés-kényszeres zavarban szenvedők legjellemzőbb tünetei a rögeszmék (állandó, zavaró gondolatok), a kényszeres rituális viselkedés és az erős szorongás, ha a rituáléikat nem tudják számukra megfelelően végrehajtani.

Az obszesszív-kompulzív zavar a lakosság mintegy 1 százalékát érinti, kultúrától függetlenül (Steketee & Barlow, 2002). Bár szerves része a szorongás, a DSM-5 nem a szorongásos zavarok közé, hanem külön kategóriába (*Kényszeres és kapcsolódó zavarok*) sorolja más, ugyancsak ismétlődő és kontrollálhatatlan viselkedésmintákat felmutató zavarokkal együtt, mint amilyen a gyűjtögetés, a dermatillománia (a bőr kényszeres kápirgálása, vakarása), vagy a saját testi defektusokkal való kényszeres foglalkozás.

A rögeszmés-kényszeres zavarban szenvedők értelmetlen rituálékat folytatnak, például rengetegszer megmossák a kezüket.



Kényszeresség és rögeszmék Az OCD obszesszív, azaz *rögeszmés* komponense azzal jár, hogy az egyén képtelen elnyomni bizonyos gondolatokat, képeket vagy impulzusokat. Aki aggódott már élete folyamán egész nap azon, hogy bezárta-e a lakást, annak lehet némi fogalma ennek az enyhe változatáról. A fejünkben szünni nem akaróan zsongó, zavaró dallam ugyancsak jó példa. Az ilyen esetek normálisnak tekinthetők, amennyiben csak alkalmanként fordulnak elő, és nincs komoly, életminőséget rontó hatásuk. De az már egészen más helyzet, ha valaki annyira aggódik a baktériumok miatt, hogy inkább nem is megy társaságba. Vagy hogy folyton attól fél, nehogy egy impulzus hatására valamiképpen ártson magának. Netán akaratlan és tovakodó szexuális gondolatok kínozzák. Ezek már patológiás rögeszmességet takarnak, melyek megkeserítik az életet. És mivel a rögeszméiktől szenvedők úgy gondolják, obszesszív gondolataik miatt ők nagyon furcsák, gyakorta hosszú időn keresztül igyekeznek rejtgetni mások elől a rögeszméiket. Természetesen ez azzal jár, hogy a társas, a családi és a szakmai életük is súlyosan károsodik. Nem meglepő módon az OCD-ben szenvedők körében kiugróan magas a válások aránya.

A zavar másik fő jellemzője a *kényszeresség*, ami valamilyen, a rögeszmének megfelelő rituális cselekvés meghatározott „szabályok” szerint történő állandó ismételtetését jelenti. Ezek a rituálék azt a célt szolgálják, hogy enyhítsék a kényszeres betegben azt a feszültséget és szorongást, amit a rögeszméje kelt benne. Ilyen kényszeres tünet lehet, ha valaki ellenállhatatlan késztetést érez az állandó kézmosásra, a dolgok megszámlálására, vagy hogy „a biztonság kedvéért” újra meg újra ellenőrizze, lekapcsolta-e a villanyt vagy bezárta-e a lakást. Hogy mentális zavarként lehessen mindezt tekinteni, ezeknek a rituáléknak rendszeresnek kell lenniük, vagy más módon kell jelentős hatást gyakorolniuk az egyén életmenetére. Az OCD-től szenvedők számára külön gyötrelmet jelent, hogy pontosan tudják, mennyire irracionális a rögeszméjük és a kényszerességük, mégsem képesek tenni ellenük semmit.

Az obszesszív-kompulzív zavarra való hajlam halmozódik, ami genetikai kapcsolatra utal, valami talán rosszul van „huzalozva” az agyban (Moyer, 2011; Insel, 2010). Egyes vizsgálatok kapcsolatot találtak az OCD és agysérülések, illetve vírusfertőzések között is (Murphy et al., 2010). Másik nyomon indít el az a megfigyelés, hogy számos OCD-s beteg esetében *tikkélést* is megfigyelhetünk, tehát akaratlan izomrángásokat, például kényszeres pislogást. Ezeknél a betegeknél az agyi képalkotó felvételek gyakorta elváltozásokat mutatnak a mélyebben fekvő mozgató területeken (Resnick, 1992). Az OCD-szakértő Judith Rapoport szerint a kényszeresség olyan, mintha az agy egy „fix szoftvercsomaggal” működne az aggódásra és a rituálék ismétlődésére programozva. Ha egyszer lefuttatták a programot, az egyén beleragad egy viselkedési hurokba, amit képtelen kikapcsolni (Rapoport, 1989).

Ismét felhívjuk rá a figyelmet – de ebben nincs semmi rögeszmesség! –, hogy biológiai tényezőkkel nem tudjuk maradéktalanul megmagyarázni az OCD-t, hiszen az állapot kezelhető kognitív-viselkedési terápia segítségével (Barlow, 2000). A Lady Macbethnél is megfigyelhető kényszeres kézmosási rituálék megszüntetésére például jó módszer a *kioltás* (lásd II. kötet, 5. fejezet), aminek során a terapeuta eléri, hogy a páciens egyre hosszabb ideig ne mossa a kezét. Az ilyen terápiák hatása PET-felvételeken is kimutatható agyi változásokat indukálhat (Schwartz et al., 1996). Az általános elv az, hogy ha meg tudjuk változtatni a viselkedést, azzal elkerülhetetlenül megváltoztatjuk az agyat is, ami újfent csak azt bizonyítja, hogy a biológia és a viselkedés nem választható el egymástól.

Szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok

A görög *szóma* szó testet jelent. A **szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok** (szomatoform zavarok) kategória alatt tehát olyan mentális zavarokat értünk, melyek esetében a pszichés problémák testi tünetek formájában manifesztálódnak, és fizikai panaszok jelentkeznek, mint például gyengeség, fájdalom, túlzott aggodalom a betegségek miatt. Ezek a zavarok nem különösen gyakoriak, a népesség mintegy 2 százalékát érintik. A laikusoknak két kifejezés csenghet ismerősen e témában: a *hisztéria** és a *hipochondria* (Holmes, 2001).

A DSM-5 a szomatikus tünet zavarok számos típusát különbözteti meg, de mi itt most csupán háromra koncentrálunk: *egészségsszorongás*, *szomatikus tünet zavar* és *konverziós zavar*. Semmiképpen se feledkezzünk el róla, hogy az ún. *pszichoszomatikus zavarok* nem azonosak az itt tárgyalt zavarokkal! A pszichoszomatikus zavarok kialakulásában ugyanis mentális állapotok – különösképpen pedig a stressz – vezetnek akut testi betegségekhez. A DSM-5 is tisztában van a kétféle zavar összekeverésének lehetőségével, ezért különbözteti meg a *Traumával és stresszrel összefüggő zavarok* és a *Más testi állapotokat befolyásoló pszichológiai tényezők* eseteket.

Egészségsszorongás és szomatikus tünet zavar Az *egészségsszorongástól* (hívják *betegsszorongásnak* is) szenvedő betegek túlzottan aggódnak amiatt, hogy valamilyen betegség lép fel náluk, például rák vagy AIDS. Ezek a „hipochonderek” gyakran orvostól orvosig vándorolnak, amíg végre találhatnak valakit, aki meghallgatja őket, és talán még fel is ír nekik valamit – gyakorta valamilyen enyhe nyugtatót vagy placebót. Minden apró tünetben és fájdalomban egy betegség jelét vélik felfedezni, folyvást amiatt aggódnak, nehogy betegek legyenek. Ennélfogva könnyű áldozatai a kuruzslóknak és a mindenféle álgyógyítóknak.

Egészségsszorongást akkor lehet diagnosztizálni valakinél, ha az illető bárminemű testi tünet hiányában is valamilyen megbetegedéstől fél. Ha *fennáll* bármilyen testi tünet, például fájdalom, kimerültség, nehézlégzés, de testi betegséget nem lehet megállapítani, úgy a diagnózis *szomatikus tünet zavar* lesz, az adott DSM-5 kategória névadó zavar. A DSM korábbi kiadásában ez a két zavar még egy név alatt, *hipochondriázisként* futott.

Kritikus hangok szerint egyes orvosok túlbuzgóságot mutatnak a szomatikus tünet zavar diagnosztizálása terén, különösen nők esetében – tehát túl gyorsan hajlamosak arra a következtetésre jutni, hogy a páciensek csak képzelik az aggodalmaikat. Ez persze tragikus következményekkel járhat, hiszen így valóban fennálló, nagyon súlyos betegségek maradhatnak diagnosztizálatlanul.

Konverziós zavar A *konverziós zavar* esetében egyértelműen minden fiziológiás állapot nélkülözően érzékesztés, izomgyengeség vagy bénulás lép fel. Az ezzel az állapottal diagnosztizáltak tapasztalhatnak például vakságot, siketséget, járásképtelenséget, vagy a test egyes részeinek érzéketlenségét. (A 12.7. ábra a kezekon kesztyűszerű eloszlásban

* A *hisztéria* kifejezésnek eredetileg semmi köze a *hisztériáz*szóhoz. A görög *hüsztéria* jelentése „anyaméh”. Régen az orvosok úgy gondolták, csak nők lehetnek *hisztériások*, mert a testi tüneteket a méh okozza azzal, hogy a test problémás részeire vándorolt. Ez az álláspont már csak azért sem tartható fenn ma már, mert rég kiderült, hogy férfiaknak is lehet „*hisztériájuk*”.



12.7. ÁBRA Kesztyűszerű eloszlásban jelentkező érzéketlenség a kézen és a karon

jelentkező érzéketlenséget szemlélteti. Ez egy ritka, de klasszikus formája a konverziós zavarnak.)

A konverziós zavar megállapításához feltétlenül szükség van a szervi eredetet kizáró negatív neurológiai, laborvizsgálati eredményre, röntgenre vagy képalkotó technikás vizsgálatra. Konverziós zavar esetén, úgy tűnik, a probléma teljes mértékben a „fejben” van. Bár viszonylag ritka zavar, azért térünk ki rá, mert történeti jelentőségű, és mert az ebben szenvedőket gyakorta vádolják meg *szimulálással*. Történetileg a „hisztéria” gyakoribb volt – legalábbis gyakrabban diagnosztizálták a 19. századi Európában. Ez volt az az állapot, ami Freud figyelmét is felkeltette, és ennek kapcsán kezdett pszichiátriával foglalkozni. (Freud eredetileg úgy gondolta, hogy hipnózissal képes meggyógyítani a „hisztérikus” betegeket, de végül feladta ez irányú szándékát, és inkább a hosszabb és intenzívebb kezelési mód, a *pszichoanalízis* [lásd III. kötet, 10. fejezet] mellett horgonyozott le.)

Azt nem tudjuk pontosan, miért volt gyakoribb több mint száz évvel ezelőtt a konverziós zavar Európában és az Egyesült Államokban, mint napjainkban. Az esetszám csökkenése talán annak tudható be, hogy az iparilag fejlett társadalmakban egyre

jobban megismerték és megértették az emberek a testi és a mentális zavarokat (American Psychiatric Association, 1994; Nietzel et al., 1998). Ez a magyarázat egybevág azzal az eredménnyel, hogy a konverziós zavar még mindig viszonylag gyakori a világ gazdaságilag fejletlenebb területein, például Kína egyes részein (Spitzer et al., 1989) és Afrikában (Binitie, 1975), illetve az USA iskolázatlan rétegei körében (Barlow & Durand, 2005).

Mi a különbség és mi a hasonlóság a konverziós zavar és a gyakoribb szomatikus tünet zavar között? A szakemberek mindkét esetben azt feltételezik, hogy *pszichogén* (mentális) okok állnak a háttérben, de a konverziós zavar esetében fenn *kell* állnia érzékesztésnek, izomgyengeségnek vagy bénulásnak is. Senki sem tagadja, hogy ez a különbség nem túl jelentős, és ha e kötet szerzői közbeszúrhatnak egy privát véleményyt, ez a bizonytalanság a szomatikus tünet zavarokra vonatkozó szilárd tudományos bizonyítékok hiányára hívja fel a figyelmet.

A konverziós zavar kifejezés eleve hurcol magával ezt-azt a freudi múltból. Eredetileg arra utalt, hogy az érintettek a szorongásukat tudattalanul testi tünetekké alakítják. Manapság azonban a legtöbb klinikai szakember már nem ért egyet ezzel az elképzeléssel. A diagnózis azért is maradhatott fenn, mert egyfajta gyűjtőhelyként funkcionál azon pácienseknek – főleg nőknek –, akik testi tünetekről panaszkodnak, de orvosi szempontból nem találhatók egyértelmű elváltozások a szervezetükben (Kinetz, 2006).

A konverziós zavar bizonyos eseteiről ma már úgy véljük, a testi stresszreakciókból eredeztethetők. Egy másik, a londoni University College munkatársa, David Oakley

(1999) által felvetett lehetőség, hogy a konverziós zavar és a hipnózis hátterében ugyanaz az agyi mechanizmus áll. Emiatt viszont, véli Oakley, a konverziós zavart és a kapcsolódó mentális problémákat *autoszugesztív zavarok* cím alatt kellene új kategóriába sorolni.

Disszociatív zavarok

Szoktuk képletesen azt mondani, hogy „magunkon kívül vagyunk”, de a disszociatív zavarban szenvedők esetében ezt az érzést szó szerint kell érteni. A **disszociatív zavar** összes formájára jellemző, hogy a személyiség szétforgácsolódik, fragmentizálódik – mintha egyes részei leválnának az énről. A disszociatív zavarok között találjuk meg a patológias mentális állapotok legkülönösebb formáinak némelyikét, például a *disszociatív amnéziát*, a *disszociatív fugát*, a *deperszonalizációs/derealizációs zavart*, illetve az elmentmondásos *disszociatív identitás- vagy önazonosság-zavart* (utóbbit hívták régen „többszörös személyiségnek”, és a *Dr. Jekyll és Mr. Hyde különös esete* című regény révén vált szélesebb körben is ismertté. Kezdjük a sort a disszociatív amnéziával.

Disszociatív amnézia Talán mi is találkoztunk már olyan esettel, amikor valaki egy fejre mért erős ütés, például autóbaleset során emlékvésztest szenvedett el, azaz *amnéziás* lett. Az ilyen esetek jellemzően a friss emlékeket érintik, a mélyen rögzült hosszú távú emlékeket nem. A disszociatív amnézia viszont ettől merőben eltér, és jóval ritkább is.

A **disszociatív amnézia** során az emlékvésztest általában szelektív módon bizonyos konkrét személyes események emlékeit érinti, de nem feltétlenül friss emlékeket. A kiváltó ok lehet egy agyi katasztrófa, alkoholos eszméletvesztés, netalán vércukorkrízis. De nem minden esetben testi eredetű a jelenség. A disszociatív amnézia tisztán pszichés formájában az emlékvésztest pszichés trauma vagy rendkívül stresszes élmény hatására lép fel.

Ebből nem nehéz rájönni, hogy a disszociatív amnézia és a *poszttraumás stressz szindróma* nem állnak túl távol egymástól. Mindkettőre jellemző, hogy egy különösen stresszes esemény vagy időszak miatt emlékvésztest léphet fel, bár a stresszzavarokban inkább jellemző az emlékek makacssága, amivel folyton betörnek az ember gondolataiba. Megjegyzendő azonban, hogy a disszociatív amnézia diagnózisa megkérdőjelezhető lehet, különösen, ha gyermekkori abúzzsal kapcsolatos „elfojtott emlékek törnek felszínre”. Memóriakutatások szerint az ilyen, mélyről „előjövő” emlékek a legnagyobb valószínűséggel az agy kreálmányai – időnként egy-egy túlbuzgó terapeuta munkájának eredményei. Ahogyan az a DSM-5-ben is áll, a disszociatív amnéziás esetek „túldiagnosztizáltak lehetnek a szugesztíóra erősen hajlamosak körében” (479. o.).

A disszociatív amnézia egyik különleges formája regények és városi legendák alapanyagául szolgál – de újságok és tévéműsorok valós eseteiben is találkozhatunk vele. Volt például egy nő, akit félholtan találtak meg egy floridai parkban. A legtöbb disszociatív amnéziással ellentétben ő semmit sem tudott felidézni: sem a nevét, sem a korábbi életét, de írni és olvasni sem tudott. Az orvosok **disszociatív fugával** diagnosztizálták, ami a DSM-5-ben a disszociatív amnézia egy speciális típusaként szerepel. A terápia során csupán általános információkat tudtak előbányászni az ismeretlen nő agyából, de semmi olyat, ami a pontos személyazonosságára utalt volna. Miután a televízió kereszttűl a nyilvánosság segítségét kérték, a kórházat elárasztották a hívások. A legígéretesebb hívás egy Illinois-ban élő pártól származott, akik felismerni vélték az ismeretlen nőben a lányukat, akiről négy éve nem hallottak. Hiába állították azonban a találkozót követően

teljes meggyőződéssel, hogy az ismeretlen nő az ő lányuk, az képtelen volt bármit is felidézni a múltjából (Carson et al., 2000).

Az ilyen esetek persze szélsőségesen ritkák. A legtöbbször a fuga csupán órákig vagy napokig tart, ezt gyors és teljes felépülés követi. Ritkábban hónapokig fennállhat az állapot, vagy – mint a fenti esetben – évekig.

Per definitionem a disszociatív fuga a disszociatív amnézia egy típusa, amiben az amnézia és a fuga (elkóborlás) állapot keveredik. Az ilyen egyén esetében az amnézia az identitásra vonatkozik, a fuga komponens pedig abban nyilvánul meg, hogy az illető elhagyja az otthonát, a családját és a munkáját. Később zavart és tanácstalan állapotban bukkanhatnak fel újra valahol. Olyan is előfordul, hogy az érintett új életet kezd valahol messze, és láthatóan teljesen közömbösen veszi tudomásul, hogy nem képes emlékezni a múltjára.

A túlzott alkoholfogyasztás predisponál a disszociatív fugára. Ez arra utal, hogy az állapot kialakulásában agyi károsodás is szerephez jut, bár konkrét esetet még nem tudtak leírni. Akárcsak a disszociatív amnézia, a fuga is gyakrabban lép fel azoknál, akik hosszan tartó stresszt élnek át, különösen háborús időkre vagy más katasztrófákra kell itt gondolni.

Deperszonalizációs/derealizációs zavar A disszociatív zavarok harmadik formájának vezető tünete az az észlelés, mintha tudat és test szétválna egymástól. A deperszonalizációs/derealizációs zavarban szenvedők gyakorta jellemzik úgy az állapotukat, mint „testen kívüli élményt”, ahol külső megfigyelőként látják saját magukat. Egyesek úgy érzik, mintha egy álomban lennének. (Aki pillanatokra tapasztal valami hasonlót, ne essen pánikba, nincs semmi baja!) Egy harminc ilyen esetet feldolgozó vizsgálat során azt találták, hogy az obszesszív-kompulzív zavarral és egyes személyiségzavarokkal gyakorta jár együtt ez az állapot (Simeon et al., 1997). Az okok ismeretlenek.

A súlyos testi traumán átesők – például autóbaleset során életveszélyes sérülést elszenvedők – szintén deperszonalizációs tünetekről számolhatnak be utólag. A halálközeli élmény ugyancsak ilyen tapasztalásokkal járhat, de droghasználat is kiválthatja a tüneteket. Az ilyesfajta élmények általában gyorsan tovatűnnek, bár visszatérhetnek. Egyeseknél a kutatók a jelenséget hallucinációknak, és az agyban a sokkhatás alatt fellépő természetes változásoknak tulajdonítják (Siegel, 1980). Egy vizsgálat szerint a deperszonalizációs/derealizációs zavarban szenvedőknél a normálistól eltérő a látó-, a halló- és a szomatoszenzoros kéreg (lásd I. kötet, 3. fejezet) (Simeon et al., 2000).

Disszociatív identitás-zavar Robert Louis Stevenson híres regénye Dr. Jekyllről és Mr. Hyde-ről széles körben elterjesztett egy félrevezető sztereotípiát a „többszörös személyiségről”, amit manapság **disszociatív identitás-zavar** néven ismerünk. A valóságban gyakorlatilag csak nőket érintő zavarról van szó, és szinte soha nincs több két identitásnál (Ross et al., 1989). A gyilkos ösztönöktől fűtött Mr. Hyde-től eltérően a disszociatív identitás-zavarban szenvedők csak nagyon ritkán jelentenek veszélyt másokra.

Bár egykoron ritkának hitték, egyes szakértők szerint ez a sokat vitatott állapot valójában mindig is elterjedt volt, csak nem ismerték fel, vagy félrediagnosticsztálták. Mások szerint viszont nincs is valójában ilyen zavar, csak a terapeuta által sugalmazott jelenségről van szó (Piper & Mersky, 2004a, 2004b). A zavar létezése mellett voksolók szerint a disszociatív identitás-zavar általában gyerekkorban alakul ki szexuális abúzust

elszenvedőknél (Putnam et al., 1986; Ross et al., 1990; Vincent & Pickering, 1988). Egyes klinikai szakemberek szerint az én multiplikálódása (*alterek* megjelenése) védekező mechanizmus: a domináns személyiség védelmezi az ént a rémisztő eseményektől vagy emlékektől. Ez az álláspont azonban vitatott. A disszociatív identitás-zavar azt követően vált népszerű diagnózissá, hogy az olyan könyvek, mint a *Sybil* (Schreiber, 1973), a *The Flock* (Casey & Wilson, 1991), illetve filmek, mint a *Legbelső félelem* és *A titkos ablak* Johnny Depp-pel széles körben ismertté tették. Minden felbukkanó személyiség ütközik valamilyen módon az eredeti énnel. Az új alter lehet például társaságkedvelő, miközben az eredeti személyiségre inkább a félénkség jellemző, karakán, ha az eredeti én gyenge, és szexuálisan határozott, miközben az eredeti személyiség szexuálisan bizonytalan és tapasztalatlan. Ezek az alternatív személyiségek láthatóan mind saját tudatossággal rendelkeznek, és hirtelen bukkannak fel – többnyire stresszhatás alatt.

Milyen folyamatok rejtőzhetnek e mögött a titokzatos zavar mögött? A *pszichodinamikus elméletek* (lásd III. kötet, 10. fejezet) szerint az ego szétesése énvédő mechanizmus, ami megakadályozza a konfliktusokból és traumákból származó energia kiszabadulását a tudattalanból. A kognitív elméletek egyfajta szerepjátszást látnak a dolog mögött, vagy talán hangulatiállapot-függőséget, azaz olyan memóriatorzulást, amikor az adott hangulatban átélt eseményeket könnyebben felidézi az agy, ha az egyén újra és újra ebbe a hangulati állapotba kerül (Eich et al., 1997). Megint mások szerint az esetek egy része biztosan megtévesztés, mint annak a diáknak a története, aki állítólagos többszörös személyiségre fogta plagizálását, azt mondva, hogy az egyik énje a domináns személyisége tudta nélkül másolta le a szöveget.

A homály eloszlátása végett érdemes tudni, hogy a DSM korábbi kiadásában a disszociatív identitás-zavar még *többszörös személyiség* cím alatt futott, ezt a kifejezést még ma is hallani. Hogy tovább fokozódjon a téma körüli káosz, az állapotot sokszor tévesen „hasadt személyiségnek” hívják, ami a skizofréniát takaró – a disszociatív identitás-zavarral semmilyen kapcsolatban nem álló –, elavult fogalom. Skizofrénia (szó szerinti jelentése: hasadt elme) esetében ugyanis a „hasadás” a valóságtól való lehasadásra, eltávolodásra utal, *nem* pedig a személyiség szétválására. Ha pedig már úgyis a skizofréniánál tartunk, ismerjük meg közelebbről is ezt az állapotot.

Skizofrénia

Egy skizofréniás világa lehet teljesen kopár és értelmetlen, de előfordulhat az is, hogy a hallucinációk és téveszmék uralta többszörös valóság zűrzavara jellemzi. A **skizofrénia** az érzelmek terén is megmutatkozik: ezek lehetnek tompák, de túlzottak is, a gondolatok bizarrá torzulnak, a beszéd furcsa kanyarokat vesz, az emlékezet fragmentálódhat (Danion et al., 1999). Ez a mentális zavar szétroppantja a tudat egységét, gyakorta értelmetlen mentális tévutakra viszi a benne szenvedőt. A mondatait sokszor az „egbecsengő” asszociációk alapján fűzi egymásba, tehát a hasonló hangzású szavak mentén követik egymást a kijelentései, nem pedig tartalmi-logikai alapon, ezért teljesen zavaros, szétesett lehet a beszéde, ezt „szósalátának” nevezik a klinikusok. Az alábbiakban egy tipikus skizofrén eszmefuttatásra mutatunk példát:

Az oroszlán oszlopból macskává változik, míg én találkozom az apámmal és az anyámmal, és szétkapunk pár patkányt. Párkány is volt rajta. A lényeg, hogy

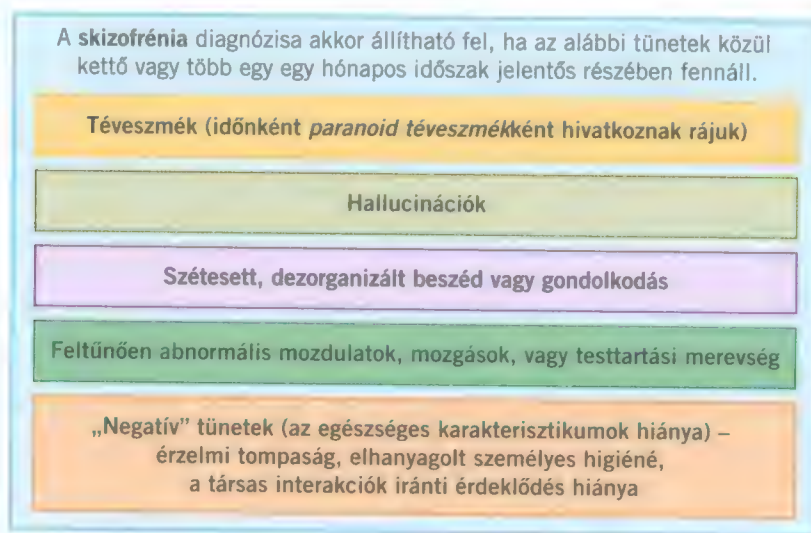
nincs nálam, nincsenek férfiak, nincs zene, nincs semmi, csak az apám és az anyám, akik magukban állnak Capri szigetén, ahol nincs hó. Igen, uram, ez az én kofferem. (Rogers, 1982)

A skizofrénia az az állapot, ami a leggyakrabban jut eszébe az embereknek, ha olyan kifejezések hangzanak el, mint „örültség” vagy „pszichózis”. Pszichológiai értelemben a skizofrénia igen sokféle pszichopátiás formát ölel fel, amire a személyiség és az emocionális élet széthullása, a kognitív folyamatok torzulása, és a valóságtól való elszakadás jellemző. Rosenhan és csapatának tagjai is ezt a diagnózist kapták meg.

A hangok hallása szintén gyakori tünet. Az viszont kultúrafüggő, hogy mit mondanak ezek a hangok. Az egyesült államokbeli skizofrének általában fenyegető vagy inzultáló hangokat hallanak, melyek arra utasíthatják a beteget, hogy ártson magának. De kutatások szerint például Indiában és Ghánában az érintettek gyakorta ismerős és pozitív hangokat hallucinálnak, melyekben esetenként családtagok vagy akár Isten hangjára ismernek (Luhmann et al., 2015).

Élete során minden száz amerikaiból egy – ez a 18 éven felüli lakosságból több mint kétféle embert jelent – megismerkedik a skizofréniával. Közülük a legtöbben egész életükben visszatérő skizofrén epizódoktól szenvednek (Jobe & Harrow, 2010).

Ismeretlen okból a skizofrénia több férfit érint, mint nőt. A férfiaknál általában már 25 éves kor előtt jelentkezik, míg a nőknél 25 és 45 éves kor között jelenik meg először (Holden, 2005; NIMH, 2010b).



12.8. ÁBRA A skizofrénia diagnosztizálása

Az egyik indikátornak (például téveszmék, hallucinációk vagy szétesett beszéd) aktívnak vagy „pozitívnak” kell lennie. Feltétel még, hogy a jelek és tünetek tartósan fennálljanak, és erősen negatívan befolyásolják a mindennapokat. Végül pedig sem gyógyszerek, sem drogok, sem más mentális állapot nem állhatnak a tünetek hátterében.

A skizofrénia diagnosztizálása A 12.8. ábra a skizofrénia DSM-5 szerinti diagnosztizálásához szükséges kritériumokat foglalja össze. Az alábbi állapotok valamelyikével is diagnosztizálhatják azokat a pácienseket, akikre nem illenek rá ezek a kritériumok:

- **Téveszmés zavar:** akkor áll fenn, ha a fő tünetet a téveszmék jelentik, de a pszichózisnak nincs más jele.
- **Skizoaffektív zavar:** súlyos érzelmi (hangulati) zavar, a pszichózis egyéb jeleivel társulva.

Amikor nem skizofrénia a diagnózis, de a tünetek az érintett egész életét áthatják és hosszan fennállnak, a szakember **személyiségzavart** diagnosztizál, amit bizonyos skizofréniaszerű tünetek jellemeznek:

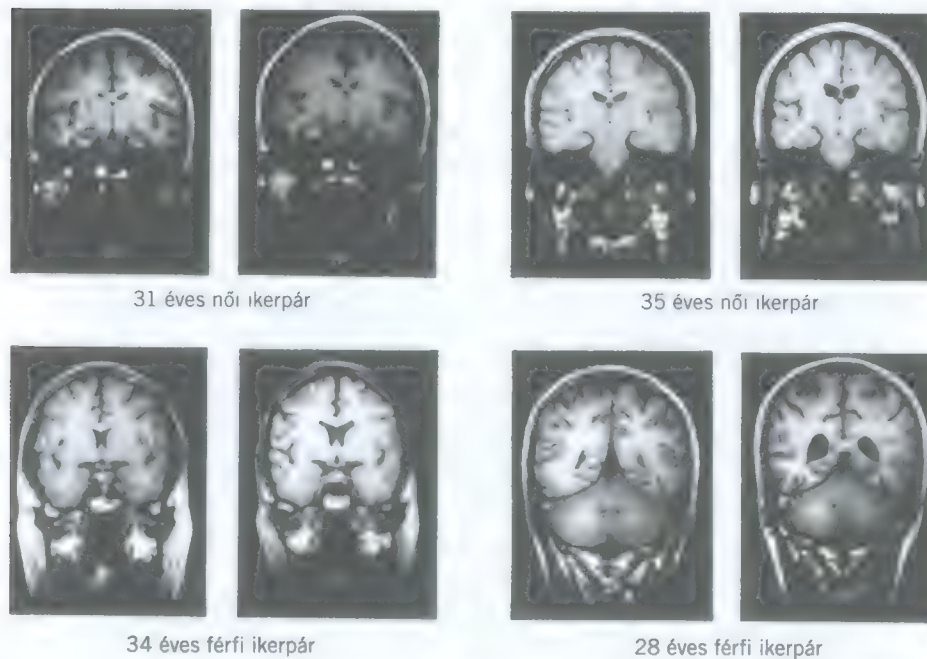
- **Skizotip személyiségzavar:** Hosszan fennálló szociális és interperszonális problémák jellemzik, a pszichotikusság fogalmát ki nem merítő különös viselkedés és hiedelmek társaságában.
- **Skizoid személyiségzavar:** Inkább a „negatív” tünetek uralják, az elégtelen szociális kapcsolatok és a szegényes érzelmkifejezés.
- **Paranoid személyiségzavar:** A mások iránti gyanakvás és bizalmatlanság uralja, hajlamos rejtett és fenyegető üzeneteket kiolvasni a megjegyzésekből vagy az eseményekből.
- **Borderline személyiségzavar:** A tartósan fennálló impulzivitás mellett instabil, ugyanakkor intenzív interperszonális kapcsolatok jellemzik. Az esetleges öngyilkos hajlamok miatt az állapot nehezen megkülönböztethető a depressziótól és a bipoláris zavartól. Az önpusztító viselkedés öncsonkításban, szerhasználatban vagy felelőtlen vezetésben is megnyilvánulhat.

A skizofrénia lehetséges okai Az elmúlt években radikális változáson ment keresztül mindaz, amit a skizofréniáról gondoltunk. A legtöbb szakember ma már elveti azt a freudi gondolatot, hogy a skizofrénia oka a rossz szülői bánásmód vagy elfojtott gyermekkori traumák lennének (Walker & Tessner, 2008). Vizsgálatok kimutatták, hogy az olyan örökbe fogadott gyerekek esetében, akik vér szerinti családjában nem volt skizofrénia, nem emelkedik meg a skizofréniára való kockázat mértéke, ha olyan családba kerülnek, ahol az egyik szülő ebben a betegségben szenved (Gottesman, 1991). Jelenleg az az uralkodó nézőpont a pszichiáterek és a pszichológusok körében, hogy a skizofrénia alapvetően agyi rendellenesség – vagy rendellenességek csoportja –, ami nagymértékben öröklődik (Grace, 2010; Karlsgodt et al., 2010; Walker et al., 2010).

A skizofrénia biológiai tényezői Az agyi rendellenesség elméletét több forrásból származó bizonyítékok támasztják alá. Az agy dopaminreceptoraira gátlóan ható antipszichotikumok (erős nyugtatók) például képesek elnyomni a skizofrénia olyan pozitív tüneteit, mint a hallucinációk és a téveszmék (Mueser & McGurk, 2004). Ezzel szemben a dopamintermelődést serkentő szerek (például az amfetaminok) képesek *kiváltani* skizofrén

reakciókat. Az utóbbi időben a figyelem a glutamát nevű neurotranszmitter hiánya felé fordult, mert ezt az állapotot számos skizofrén betegnél megfigyelték (Berenson, 2008; Javitt & Coyle, 2004). A biológiai hátteret támasztják alá továbbá az agyi képalkotó felvételeken megfigyelhető olyan elváltozások, melyeket a 12.9. ábra is bemutat (Conklin & Iacono, 2004; NIMH, 2005). Egy különösen provokatív, MRI-felvételekre alapozott elképzelés szerint a skizofrénia olyankor alakul ki, amikor az agynak nem sikerül szinkronizálnia az agykéregben az idegsejtek tüzelését (Bower, 2005b; Symond et al., 2005).

Családvizsgálatok eredményei is a biológiai hátteret erősítik a skizofrénia kialakulásában (Conklin & Iacono, 2004; Holden, 2003). Bár eddig egyetlen konkrét gént sem sikerült fülön csípni a skizofrénia okaként, azt már tudjuk, hogy minél szorosabb vérségi kapcsolatban áll valaki egy skizofrénnel, annál nagyobb eséllyel alakul ki nála is a betegség (Gottesman, 2001; Pogue-Geile & Yokley, 2010; Walker & Tessner, 2008).



12.9. ÁBRA Olyan ikrek agyáról készült MRI-felvételek, ahol a pár egyik fele skizofrén, a másik nem

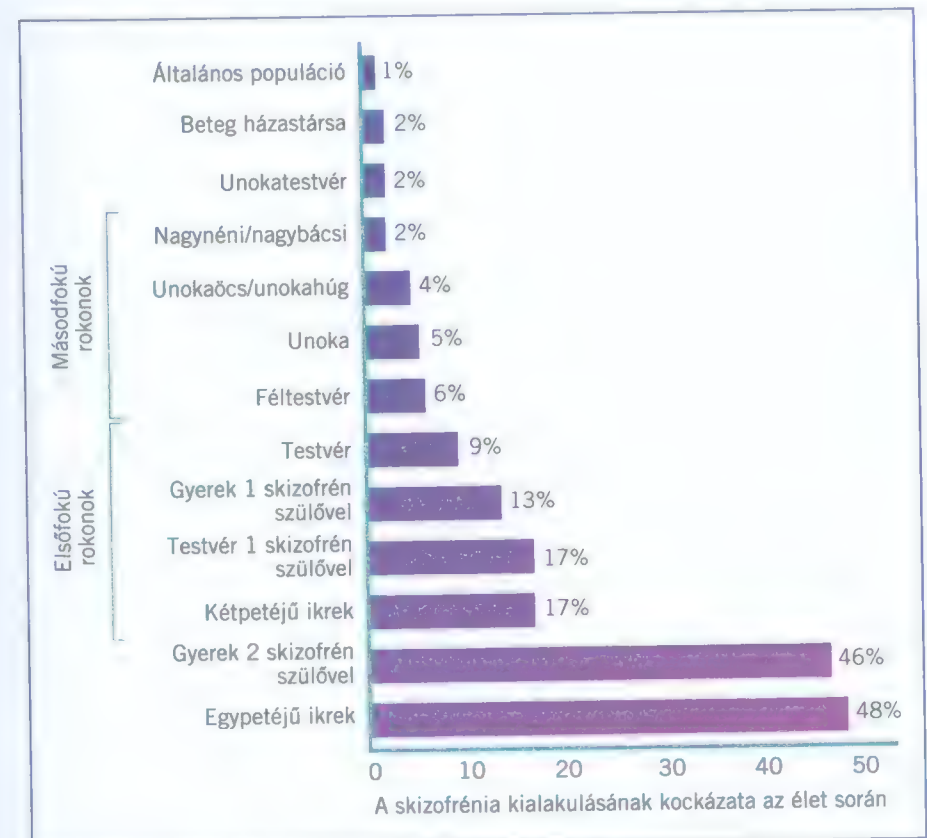
Az összes képpár esetében a jobb oldali mutatja a skizofrén iker agyát. Különösen jellemzőek az utóbbiak agyára a megnövekedett méretű agykamrák.

A hajlam még nem betegség Ismét szeretnénk rágyújtani a régi nótára: a biológia nem magyaráz meg mindent. A skizofrén betegek közeli hozzátartozóinak durván 90 százalékánál *nem* jelenik meg a zavar (Barnes, 1987). Még az egypetűjű ikrek esetében is – akiknek pedig pontosan ugyanolyan a génállományuk – csupán 50 százalék körül jár a konkordancia mértéke, vagyis az esetek mintegy felében az ikerpárnak csak egyik tagja skizofrén, a másik nem (12.10. ábra). Ha az egyik egypetűjű ikret érinti

a skizofrénia, akkor a másikat nem 100 százalékban – és ez azt mutatja, hogy a stressz és az epigenetikus tényezők is szerephez jutnak a zavar kialakulásának folyamatában.

Ezt a tágabb perspektívát szokták **diatézis-stressz** (hajlam-stressz) **hipotézisnek** nevezni. E szemléletmód szerint a biológiai tényezők egy mentális zavar kialakulásának bizonyos fokú kockázatát jelentik az egyénnek, de az életében jelen lévő stresszorokon múlik, hogy a hajlam tényleges pszichopatológias zavarrá fejlődik-e (Walker & Tessner, 2008). A modellben a diatézis utal a valamilyen betegségre való hajlamra, fogékonyságra, míg stressz alatt testi és biológiai stresszorokat is érthetünk, például drogokat, epigenetikai tényezőket.

Képes-e a környezet ellensúlyozni a diatézist, tehát a skizofréniára való fogékonyságot? Egy finn vizsgálat szerint igen – egy bizonyos mértékig. Ha egy genetikailag a skizofréniára predisponált, örökbe fogadott gyerek egészséges, normális családi környezetben nő fel, az valóban csökkentheti az esetében annak kockázatát, hogy manifesztálódik nála a zavar (Tienari et al., 1987). Ez a vizsgálat is azt az elképzelést támasztja tehát alá, hogy a biológiai predispozíció és valamilyen ismeretlen környezeti vagy epigenetikai tényező egyaránt szükséges ahhoz, hogy az örökletes hajlam kifejezésre jusson (Cromwell, 1993; Iacono & Grove, 1993). Ez az ágens lehet egy toxikus anyag, a stressz, vagy akár egy olyan tényező is, amire eddig nem is gondoltunk.



12.10. ÁBRA A skizofrénia kialakulásának genetikai kockázata

Az idegrendszer fejlődési zavarai

Az idegrendszer fejlődési zavarai bármely életkorban megjelenhetnek, de számos típusuk már gyerekkorban megmutatkozik. Ilyen az autisztikus spektrumzavar, a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD) és a diszlexia. A DSM-5 ezeket az állapotokat *Az idegrendszer fejlődési zavarai* kategóriába sorolja, dacára a ténynek, hogy a háttérben meghúzódó okok még nem világosak. Kezdjük a sort az autizmussal!

Autizmus spektrum zavar Az autizmus spektrum zavar egyik legjellemzőbb tünete, hogy az érintett nagyon rosszul „olvas” a többi ember viselkedésében, érzéseiben. Az autisták saját bevallásuk szerint nehezen boldogulnak a többi ember érzelmeinek, arckifejezéseinek és szándékainak megfigyélésével. Hogy illusztrálni tudjuk, milyen nehézségeket okoz nekik mások szándékainak felismerése, nézzük meg, miként zajlik egy klasszikus laboratóriumi vizsgálat egy feltételezeten autizmus spektrum zavarral küzdő gyerekkel. Bábok segítségével az alábbi jelenetet játsszák el a gyerekeknek:

Sally és Anne együtt játszanak, amikor Sally betesz egy cukorkát egy dobozba, majd kimegy a szobából. Míg magára marad a szobában, Anne kinyitja a dobozt, kiveszi belőle a cukorkát és zsebre dugja. Amikor Sally visszajön, hol keresi majd a cukorkáját?

Azok a gyerekek, akiknél nem áll fenn autizmus spektrum zavar, azt felelik erre a kérdésre, hogy Sally (aki nem látta, hogy Anne a zsebébe dugta a cukrot) először a dobozba néz bele. Ez azt bizonyítja: képesek meglátni, hogy az egyes emberek hiedelmei különböznek, mert mások a megfigyeléseik. Az autista gyerekekre viszont a gyengén fejlett *tudatelmélet* (lásd I. kötet, 4. fejezet) jellemző, és ezért nem jönnek rá, mit is gondolhat, hogyan gondolkodhat Sally (Frith, 1993); tehát nehézséget okoz nekik, hogy egy másik ember helyébe képzeljék magukat. Ez az oka annak, hogy az autistáknak sokszor meggyűlik a bajuk az empátiával és nehézségeik vannak a társas kapcsolatok terén, mert egyszerűen csak a saját nézőpontjukat látják, veszik észre. Márpedig ez szociális nehézségekre kárkoztatja őket.

A tudatelmélet terén mutatott hiányosságok és az interperszonális problémák mellett az autizmus spektrum zavarosokra a nyelvi nehézségek is gyakorta jellemzőek. Nem ritka, hogy a szülők vagy a gyerekorvos a zavar első jeleként arra figyelnek fel, hogy az 1-2 éves gyerek nem kezd kortársaihoz hasonlóan beszélni (Kabot et al., 2003). Egyes autisták soha nem tanulják meg rendesen használni a nyelvet.

Súlyos esetben az autizmus szokatlan, akár veszélyes viselkedéssel is járhat. Nem ritka az önstimuláló viselkedés, például a fej beleverése falba, padlóba, vagy a repetitív mozgások, például a ringatózás.

A sokféle tünet miatt az autizmust néha tévesen szellemi visszamaradottságnak nézik. (Megjegyzendő azonban, hogy a szellemileg visszamaradottak nagy többsége *nem* autista.) Ezzel szemben egyes autisták nagyon is magas fokon funkcionálnak azokon a területeken, melyek felkeltik az érdeklődésüket, és nem kellenek hozzájuk társas készségek. (Az ilyen magasan funkcionáló autistákat hívták korábban *Asperger-szindrómásoknak*, amely kategória a korábbi DSM-ekben még szerepelt.)

Jelenleg a legtöbb szakértő azon az állásponton van, hogy az autizmus alapvetően egy ismeretlen okból kialakuló agyi rendellenesség. Egyes bizonyítékok az autizmus és a környezetben előforduló toxikus anyagok, vagy az agyban nem megfelelő génkifejeződést eredményező epigenetikai tényezők közötti kapcsolatot támasztják alá (Mbadiwe & Millis, 2013; Neimark, 2007; Schanen, 2006). Időnként felerősödnek azok a hangok,

hogy egyes védőoltások autizmust okoznának, de erre *semmilyen* bizonyíték sincsen (Centers for Disease Control and Prevention, 2015).

Más vizsgálatok szerint az autisták agyában kevesebb a *tükörneuron* (lásd I. kötet, 2. fejezet) (Miller, 2005; Ramachandran & Oberman, 2006). Ez az eredmény megragadta a klinikus szakemberek figyelmét, mert a tükörneuronjaink dolga pontosan az, amivel az autistáknak nehézségeik vannak: segítenek megérteni a többi ember szándékát (Dobbs, 2006a; Rizzolatti et al., 2006).

A National Institute of Health becslése szerint az autizmus körülbelül minden 500-ból egy gyereket érint. Bár az utóbbi évtizedekben az autizmus esetek számának emelkedéséről számolnak be jelentések, a szakértők ezt elsősorban a zavar 1990-es években elfogadottá vált, kiterjesztett definíciójának tudják be, ami miatt egyre többeket diagnosztizálnak autizmus spektrum zavarral (Gernsbacher et al., 2005). Azaz úgy tűnik, nincs „autizmusjárvány”.

Jelenleg az autizmusnak nincs gyógymódja, de a viselkedésterápiás programok, a szülők és az érintett gyerekek segítése javíthatja az érintettek szocializációját, beszéd-készségét, és enyhítheti az öndestruktív viselkedést. Sajnálatos módon ezek a programok nagyon időigényesek, és viszonylag drágák.

Diszlexia és más specifikus tanulászavarok Mai modern, információ vezérelte korunkban az olvasás nélkülözhetetlen készség. De ezt a készséget nem könnyen szerzik meg azok, akiknél **diszlexia** áll fenn. Ez a zavar ötből egy gyereket érint valamilyen mértékben, és gyakorta rossz tanulmányi eredményhez, alacsony önbizalomhoz, végül pedig korlátozott munkalehetőségekhez vezet (Shaywitz, 1996). A diszlexia nem jelenik meg formális diagnosztikai kategóriaként a DSM-5-ben. Aki diszlexiában szenved, az a *specifikus tanulási zavarok* (olvasás zavara) diagnózist kapja (amennyiben a DSM-5 alapján diagnosztizálják).

Az elmúlt húsz év kutatásai fényt derítettek arra, hogy súlyos diszlexia esetében a normálistól eltérnek az agy nyelvi feldolgozó folyamatai (Breier et al., 2003). Ironikus módon maga a nyelv jelenthet egy másik „okot”: akiknek az anyanyelve az angol, amiben 1120-féleképpen lehet leírni a csupán 40 különböző hangot, sokkal nagyobb valószínűséggel lesznek diszlexiások, mint például az olasz anyanyelvűek, akiknek csupán 25 hang 33 féle kombinációjával kell megbirkózniuk (Helmuth, 2001b; Paulesu et al., 2001).

Egyes szakértők szerint egyáltalán nem lenne szabad a diszlexiára önálló zavarként tekintenünk. Dr. Sally Shaywitz és munkatársai (1990) azzal érvelnek, hogy semmilyen olyan diagnosztikai jel sincsen, ami alapján a diszlexiások élesen elkülöníthetőek lennének az egyszerűen csak gyengén olvasóktól. Szerintük a diszlexia diagnózisát azokra szokták alkalmazni, akik az olvasási készségek spektrumán az alsó végen foglalnak helyet.

Bár nem mindenki ért egyet Shaywitzékkel, abban konszenzus alakult ki, hogy az utóbbi években nagy fejlődés ment végbe a kezeléseik terén, és a diszlexia körüli tévhitek közül sokat sikerült eloszlatni. (Az intelligenciahányadosnak például semmi köze a diszlexiához: okos emberek is *lehetnek* diszlexiások. Einstein például, úgy tűnik, szintén diszlexiás volt!) A jelenleg leghatékonyabb terápiáknak részei az olyan speciális olvasó-programok, melyekben hangsúlyos szerepet kap a hangok betűkombinációkhoz illesztése.

A Yale Egyetem Diszlexia és Kreativitás Központja (Yale Center for Dyslexia and Creativity, 2015) szerint számos híres és sikeres ember küzdött vagy küzd ezzel a zavarral, Whoopi Goldbergtól és Jay Lenótól egészen Albert Einsteinig. Nem meglepő

módon a diszlexia sok figyelmet kap a médiában. Vannak azonban a DSM-5-ben más specifikus tanulászavarok is. Ilyen például az írási vagy számolási nehézség. Azt fontos megjegyezni, hogy a zavarok ezen csoportja nem az általában alacsony intellektus eredménye, hanem sokkal inkább egy konkrét tanulási képesség elégtelen voltái. A DSM-5 ugyan általában nem foglalkozik a mentális zavarok okával, a zavarok ezen csoportja esetében azonban nyíltan az agyi eredet mellett teszi le a voksát.

Figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD) A legtöbb gyerek nehezen tud hosszú ideig egy helyben ülni és egy dologra koncentrálni, például egy matematikafeladatra vagy a tanár utasításaira. De egyeseknél ez a probléma jóval nagyobb fokú. A figyelemhiányhoz és a hiperaktivitáshoz sok minden hozzájárulhat, például az unalmas feladatok, az ott-honi problémák, a kortárs zaklatás, vagy akár csak az, hogy a gyerek olyan kulturális körülmények közül jön, ahol nem sokra tartják a csendes figyelmet igénylő feladatokat. Mindezek mellett léteznek olyan gyerekek, akiknél fennáll egy láthatóan az agy hibás működésére visszavezethető állapot, a **figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD)**, ami a legjobb szándék dacára is megakadályozhatja, hogy a gyerek csendben ülve a feladatára koncentráljon (Barkley, 1998; Nigg, 2010). Becslések szerint az ADHD az iskoláskorú gyerekek 3–5 százalékát érinti (Brown, 2003b; NIMH, 2010b).

Az ADHD tehát meglehetősen ellentmondásos diagnózis, de az állapot kezelése még több vitára ad okot (Sax & Kautz, 2003). Kritikusai szerint az ADHD túldiagnosztizált, a címkét gyakorta a gyerekekre jellemző normális hebrencsségre is alkalmazzák, vagy a gyerekeket okolják a címke odaítélésével az inkompetens szülői vagy tanári bánásmód miatt bekövetkező hibákért. Azt pedig, hogy az állapotuk kezelésére stimulánsokat használnak, sokan úgy élik meg, mintha valami baj lenne a fejükkal. Ugyanakkor számos gondosan kivitelezett vizsgálat támasztja alá, hogy a viselkedésterápiával kombinált megfelelő gyógyszerelés képes javítani a figyelmi képességeken, és nagymértékben (az esetek mintegy 70 százalékában) csökkenteni a hiperaktivitást az ADHD-val diagnosztizáltak esetében (Daley, 2004; MTA Cooperative Treatment Group, 2004).

Mi jöhet a DSM-5 után?

Bár a DSM-5-öt többen bírálják, mégis széles körben elfogadottá teszi, hogy nagy szükség van egy közös nyelvre a pszichológiai zavarok leírásához. Mindazonáltal sok klinikai szakember erős fenntartásokkal kezeli a DSM-5 klasszifikációs rendszerét, és szívesen látna helyette egy jobbat. Mint már említettük, a kritikusok egyik fő baja, hogy a DSM-5 a mentális zavarokat *tünetek* alapján kategorizálja, nem pedig a háttérben meghúzódó *okok* szerint. Ennek természetesen az a magyarázata, hogy a mentális zavarok kiváltó okairól meglehetősen hiányosak az ismereteink. Ennek következtében nem létezik objektív diagnosztikai vizsgálat az elsődleges zavarok egyikére sem – így hát a DSM-5 alapján megállapított összes diagnózis tünetek listáján alapul, illetve a klinikai szakemberek szubjektív megítélésén.

Említettük már, hogy sok pszichológus nagyon nincs kibékülve azzal az elképzeléssel, hogy a mentális zavarok orvosi értelemben vett „betegségek” lennének, ahogyan a DSM-5 beállítja őket. Szívesebben tekintenek a mentális zavarokra *tanult* maladaptív viselkedési mintázatokként. Szerintük egyes mentális „betegségek” akár még egy abnormalis környezetre adott normális reakciónak is tekinthetők.

Létezik-e hát ígéretes alternatíva a DSM-5 helyett?

Egy alternatív álláspont A National Institute of Mental Health két kutatója, Tom Insel és Bruce Cuthbert kimutatták, hogy igazából már egészen sokat tudunk a mentális zavarok biológiájáról (Cuthbert & Insel, 2013; Insel, 2013; Voosen, 2013). Felfigyeltek rá például, hogy míg bizonyos állapotok – például a skizofrénia és a depresszió – nagymértékben öröklődnek, vizsgálatok szerint egész sok *különböző* zavarra jellemző *ugyanazoknak a géneknek az abnormalitása*. Ez arra utal, hogy ugyanolyan agybiológiai háttér lehet különböző megjelenésű zavarok mögött.

Azt is kiderítették, hogy az adott mentális zavartól szenvedő páciensek rokonai körében nagyobb arányban fordulnak elő *másféle* mentális zavarok is. Ez azt jelenti, hogy míg a skizofrén páciensek családtagjai körében ugyancsak gyakran fordul elő skizofrénia, ezenkívül a bipoláris zavar gyakorisága is magasabb közöttük az átlagpopulációhoz képest. Mindez felveti annak valószínűségét, hogy a mentális zavarok tünetalapú csoportosításának semmi köze ahhoz, ami valójában az agyban történik.

Milyen alternatívát javasol a NIMH a DSM-5 helyett? Cuthbert és Insel (2013) a mentális funkció és diszfunkció egy új, öt alapvető agyi „rendszeren” vagy doménen alapuló szemléletmódjára tett javaslatot:

- **Fenntartás** – A legalapvetőbb domén, mély agyi ideghálózatosokat foglal magába, ezek működtetik az agyat (például ébrenlét és alvás).
- **Jutalmak** – Ez a rendszer a jutalom (például élelem, menedék) elérésére motiváló agyi működésmódokat tartalmazza, illetve a vonzónak talált helyzetekkel vagy célokkal összekapcsolódó pozitív vagy „közelítő” érzelmeket.
- **Memória és más végrehajtó funkciók** – A figyelmi fókuszhoz és az információ tárolásához, előhívásához és felhasználásához szükséges folyamatokat felölelő domén.
- **Szociális működés** – A többi ember megértését és a velük folytatott interakciókat biztosító domén.
- **Büntetés és fenyegetés** – Ez a domén a félelemre és az elkerülésre fókuszál, tehát azokra a helyzetekre és érzelmekre, melyekről a sérülésre asszociálunk. Bizonyos mentális zavaroknál, például a fóbiák esetében a félelmi-elkerülő rendszer különösen nagy jelentőségű.

Ez az öt alapvető rendszer vagy domén nem csupán konkrét agyi struktúrákat foglal magába, de azok neurotranszmittereit és idegi útvonalait is, illetve részben a *hormon-rendszert* (lásd I. kötet, 2. fejezet). Ez az új szemléletmód úgy tekint a mentális zavarokra, mint a fenti öt agyi doménen belül fellépő abnormalitások különböző mintázataira. Például amit ma major depresszióknak vélünk, az talán a jutalmazó és a fenyegető rendszerek diszfunkciója, illetve esetleg még a memóriáé is. A félelmeket és a fóbiákat a büntetés és fenyegetés domén „meghibásodásának” tudhatjuk be, míg a pszichotikus zavarok esetében mind az öt domén területén problémák lehetnek. Hangsúlyozzuk azonban, hogy ezeknek a mintázatoknak az azonosítására irányuló kutatások még kezdeti szakaszban vannak.



Hibás agyi csomópontok Brit és amerikai kutatók nemrégiben felfedezték, hogy az agyban az üzenetek továbbítása egy viszonylag kisszámú neurális „csomópont” feladata. Ráadásul ezek a csomópontok sokban hasonlítanak Insel és Cuthbert öt agyi doménjára vagy rendszerére. De ami a legfontosabb: a kutatócsoport közel 10 000, 26 különböző mentális zavarral (például depresszió, skizofrénia, autizmus és Alzheimer-kór) diagnosztizált páciens bevonásával azt is megállapította, hogy a hibás működés elsősorban ezekben a csomópontokban történik. Ráadásul úgy tűnt, a különböző mentális zavarokra ezen csomópontok különböző abnormitásmintázatai voltak jellemzőek (Crossley et al., 2014; Sanders, 2014).

Ez a kutatás elsőként csillantotta meg a valódi reményt, hogy egyszer lehetőségünk nyílik objektív vizsgálatok alapján diagnosztizálni a mentális zavarok legalább egy részét. Egy napon talán a skizofrénia, a depresszió vagy a bipoláris zavar nagy bizonyossággal megállapítható lesz agyi képalkotó felvételek alapján. Jelenleg azonban be kell érünk a DSM-5-tel és a szubjektív megítéléssel.

Szerzőink véleménye Képzeljünk magunk elé egy olyan keverőpultot, amit koncerteken vagy stúdiófelvételeknél használnak a hangtechnikusok. Biztosan mindenki látott már ilyet: rengeteg csatornán érkeznek be a jelek, és csúszó potméterekkel változtatható a különböző hangok erőssége. Az agyat is elképzelhetjük ennek analógiájára – különböző beállítások kontrollálják a beáramló információkat a fő „csomópontoknál” vagy „doméneken” keresztül. A beállítások meghatározott terjedelme a „normálisan” található variációkat adja ki. Ha azonban örökletes tényezők vagy a tapasztalatok miatt bármelyik irányba a normális terjedelmen kívülre kerül a beállító „csúszka”, akkor mentális zavarokról beszélünk.

Talán úgy tűnhet, rútl elárultuk a pszichológiát a biológia kedvéért, de nem erről van szó. Sokkal inkább csak elismerjük, hogy a viselkedés végső soron az agy szüleménye. Az idegkutatók pedig egyre közelebb kerülnek ahhoz, hogy megértsék és megismerjék a viselkedés mögött működő agyi folyamatokat.

Végső soron azt láthatjuk, hogy a DSM-5 tünetalapú klasszifikációja felől inkább egy olyan diagnosztikai modell felé mozdulunk el, mint amelyet a NIMH kutatói vagy az agyi „csomópontok” modellje felvetett – de némi pszichológiai módosítással. Mi úgy látjuk, minél többet tud meg a mentális zavarok biológiájáról a tudomány, annál szélesebb körben válik elfogadottá egy olyan klasszifikációs rendszer, amelyre az alábbiak jellemzőek:

- A különböző mentális zavarokra az agy központi információfeldolgozó rendszerének vagy „csomópontjainak” különböző aktivitásmintázataként (beállítása-ként) tekint.
- A csomópontok „beállításáért” az öröklődést és a környezetet egyaránt felelősnek tartja.
- A tanulást egyre inkább az agyban fizikai változásokat generáló folyamatnak tekinti – aminek ennél fogva központi szerep jut a mentális zavarok okságának felderítésében és kezelésében egyaránt.

- Az epigenetikai folyamatok és a tanulás – mivel a gének kifejeződését a tapasztalatok befolyásolhatják – mind fontosabbá válnak az agy „beállításainak” kiigazításában.

Senki se higgye, hogy ezek a változások gyorsak lesznek. Még rengeteg kutatást kell addig elvégezni, és óriási szemléletváltásra van szükség a mentális egészség tudománya terén. Talán a következő egy-két évtizedben láthatjuk, ahogyan elindulunk ebbe az irányba – és hogy a DSM-6-ban már alakot is öltene ezek a változások.

[PSZICHOÜGYEK]

Félénkség

Kicsit feszélyezve érzi magát emberek között, főleg, ha idegenekkel kell együtt lennie? Nem igazán megy önnek a felületese csevegés, aminek révén az emberek igyekeznek megtudni egymásról ezt-azt? Vagy talán csak nincs türelme hozzá... vagy véletlenül sem szeretne olyasmit mondani, amivel megbántaná a másikat? Emellett mindig úgy érzi, az emberek negatívan ítélik meg őnt? Egyszerűen könnyebb és kényelmesebb inkább egyedül lennie? Igen? Nos, akkor ön félénk.

A félénkség igen gyakori probléma, de a DSM-5 nem kategorizálja mentális zavarként. Félénkség alatt azt az állapotot értjük, amikor distressz miatt kerüli valaki a többi embert. Szélsőséges esetben ez szociális fóbiává vagy elkerülő személyiség zavarrá fejlődhet – az érintettek teljesen elszigetelik magukat bármiféle társas kapcsolattól.

Mint korábban már sokszor láttuk, itt is minden a mértéken múlik. A legtöbb félénk ember tragédiája az, hogy szenved a magánytól, és rengeteg lehetőségtől esik el, hogy kapcsolatokat teremthessen, vagy hódolhasson az érdeklődésének.

Honnan eredhet a félénkség?

A félénkség egyike annak a három alapvető temperamentumnak, ami már az újszülötteknél megmutatkozik, és ami sok esetben egy egész életen át jellemző marad az egyénre (Kagan et al., 1988, 1994). Kagan (2001) szerint a félénkség biológiai gyökerű. Mindazonáltal a félénkség és a szociális szorongás egyéb formái lehetnek *tanult* reakciók is. Még azok is magukéva tehetik a félénk viselkedés mintázatait, akik nem is „születetten félénkek”.

Reményre ad okot, hogy a félénkségnek nem kell permanens állapotnak lennie. Sokaknak sikerül legyőzniük a félénkségüket önerőből is. Léteznek szervezetek, melyek célja a verbális képességek és a magabiztosság erősítésének tanítása társas helyzetekben. Mások a kognitív-viselkedési terápiás csoportokban találhatnak segítséget.

Minden világos?

1. Soroljunk fel néhány bizonyítékot arra vonatkozóan, hogy a depresszióknak biológiai alapjai vannak!
2. Az evolúciós előkészítettségi modell szerint az alábbi fóbák közül a legnagyobb valószínűséggel melyik a leggyakoribb?
 - a. kigyófóbia (ofidiofóbia)
 - b. könyvfóbia (bibliofóbia)
 - c. lófóbia (equinofóbia)
 - d. félelem a 13-as számtól (triszkaidekafóbia)
3. Az alábbiak közül melyik a leggyakoribb: skizofrénia, depresszió, fóbák, disszociatív identitás-zavar?
4. Mely mentális folyamatokat rombolhatja szét a skizofrénia?
5. A szorongásos zavarok melyik típusára jellemző, hogy a szorongás egy konkrét objektumra vagy helyzetre irányul?
6. A DSM-5 mi alapján kategorizálja a mentális zavarokat?
 - a. kezelés
 - b. okok
 - c. tünetek
 - d. elméleti alapjuk

Helyes válaszok: 1. A depresszió családi halmazodást mutat; nőknél gyakoribb, mint a férfiaknál; gyógyszerre romboló hatással van, így a gondolkodásra, a percepcióra, a motívációra és az érzelmekre is. 5. Fóbák 6. c. mert a többi fobia viszonylag új keletű dolgokra irányul, melyek nem léteznek olyan régóta, hogy a biológiai természetünk részévé válhattak volna. 3. Depresszió 4. A skizofrénia lényegében minden mentális folyamat

12.3. KULCSKÉRDÉS

Milyen következményekkel jár a diagnosztikai címkézés?

Örült. Bolond. Mániákus. Mentálisan beteg. Zavarodott. Neurotikus. Ezen kifejezések a DSM-5-ben szereplő hivatalos diagnosztikai terminusok mellett olyan *címkék*, amelyeket a laikusok, a bíróságok, illetve a mentális egészséggel foglalkozó szakemberek használnak a mentális zavarban szenvedők leírására. Ideális esetben természetesen a pontos diagnosztikai címke megfelelő kommunikációt eredményez a szakemberek között, és hatékony kezelést tesz lehetővé az érintetteknek. Néha azonban a címkék csak problémát okoznak, vagy még rosszabb hatással lesznek. A *címkézés* sztereotip gondolkodásra sarkallja az embereket, elfedi a páciensek személyes tulajdonságait, akárcsak a mentális zavarukhoz hozzájáruló egyedi körülményeiket. És ha ez nem lenne elég, a címkézés előítéletek és szociális visszaütés forrása lehet.

Az alábbi részben először azzal foglalkozunk, hogy a címkézés milyen negatív hatásokat gyakorolhat az érintettek életére. Azután tágítjuk a fókusz, és azt járjuk körül, hogy a „pszichés zavar” vagy a „mentális betegség” minden kultúrában ugyanazt jelenti-e. Végül pedig kritikus szemmel megvizsgáljuk, milyen veszélyekkel jár, ha diagnózisokat aggatunk a barátainkra és a családtagjainkra. Soron következő központi fogalmunk mindezt így foglalja össze:

12.3. Központi fogalom

Ideális esetben a pontos diagnózis megfelelő kezeléshez vezet, de a diagnózisok olyan címkékké válhatnak, melyek elszemélytelenítik az egyént és figyelmen kívül hagyják azt a szociális és társadalmi kontextust, amiben a problémái kialakultak.

Diagnosztikai címkék, stigmatizálás és elszemélytelenítés

Ha valakit „mentálisan zavartnak” vagy „mentálisan betegnek” címkézünk, az az állapotától függetlenül is komoly és hosszan ható következményekkel járhat. Ha összevetjük a testi és a pszichés betegségeket, azt látjuk, hogy míg egy törött láb vagy a vakbélgyulladás diagnózisa a gyógyulást követően nyomtalanul eltűnik a múlt sülyesztőjében, addig a mentális zavaroknál ez nem így van. A „depresszió” vagy „mániás”, esetleg „skizofrén” címkék örök stigmaként maradnak az érintetten (Farina et al., 1996; Wright et al., 2000). De mi történik akkor, ha a diagnózis eleve téves? Ahogy Rosenhan rámutatott, ha valakinél tévesen diagnosztizálnak rákot, mindenki örül, de egy mentális zavar diagnózisa soha le nem mosható. Rosenhanéknek a fejezet elején ismertetett álbeteges vizsgálatából emlékezhetünk rá, hogy a normalitás mint opció soha fel sem merült: akire egyszer rásütöttek, hogy „skizofrén”, az az is maradt örökre, legfeljebb „tünetmentes szakaszban” lehetett.

Társadalmunkban, sajnos, a súlyos mentális problémával küzdőket stigmatizálják és csökkent értékűként kezelik. Egy diagnózis címkéje a félrekezelések és az elhanyagolás ciklusához vezethet, mivel a mentális zavarokba érintettekre másodosztályú állampolgárokként tekintenek. Még a pszichiátriai intézetekben is jelen van az *elszemélytelenítés*, amit Rosenhanék is meg tapasztalhattak: a betegeket nem egyedi személyekként, hanem diagnosztikai kategóriákként kezelik, például „skizofréneként” vagy „bipolárisként”, megfosztva őket a személyiségüktől, sokkal inkább tárgyként kezelve őket, mintsem egyénekként.

A címkézés könnyen vezet elszemélytelenítéshez, de ahogy Rosenhan is rámutatott, a jelenség a pszichiátriai intézetek személytelen, rideg környezetéből is eredhet. Mindez aláássa az önbecsülést, és tovább erősíti a torzult viselkedési formákat. Mivel a társadalom súlyos büntetéssel sújtja a normáktól eltérő, deviánsnak tekintett tagjait, ez a folyamat csak súlyosbítja a mentális zavar jelentette problémát.

A címkézésre talán a legszükségesebb reakciót a radikális pszichiáter, Thomas Szasz (1961, 1977) adta, aki kijelentette, hogy a mentális betegség csak egy „mítosz”. Szasz szerint a mentális betegség bizonyítékának tartott tünetek csupán orvosi címkék, amelyek ürügyül szolgálnak a szakembereknek ahhoz, hogy közbelépjenek olyan esetekben, amelyekben valójában csak a társadalom elvárásainak meg nem felelő emberek okozta problémákról van szó. Akire egyszer ráragasztanak egy címkét, vélte Szasz, azt a továbbiakban úgy kezelik, mint akivel „az a baj, hogy más”.

Nem szabad tehát elfelejtenünk, hogy a diagnózis célja nem az, hogy mindenkinek találjunk egy megfelelő dobozt, vagy hogy azonosíthassuk azokat, akik „mások”. A diagnózis feladata az, hogy beindítsa a folyamatot, aminek eredményeképpen jobban meg tudjuk érteni az adott személyt, és tervet tudunk kövacsolni arra, hogyan segíthetnénk rajta. A diagnózis eszköz legyen, ne a cél.

Hogyan tekintenek a pszichés zavarokra a különböző kultúrák?

Napjainkban csak kevés szakember vall olyan szélsőséges nézeteket, mint Thomas Szasz, de sokan támogatják az *ökológiai szemléletet*, ami szerint figyelembe kell venni a környezetet, amiben a személy él (Levine & Perkins, 1987; Lilienfeld & Arkowitz, 2009). Az orvosi modelltől eltérően az ökológiai pszichológiai szemlélet az abnormitásokat az egyén és szociokulturális környezete közötti *ökológiai* interakciónak tekinti. E szerint a mentális zavarok a személy viselkedése és a helyzet követelményei közötti össze nem

illésre vezethetők vissza. Ha például valaki magánnyomozó, nem baj, ha kissé gyanakvó vagy paranoid a természete, de egy nővér vagy egy tanár esetében ezek a személyiségvonások „deviánsnak” számíthatnak.

Az ökológiai szemlélet érvényességét támasztják alá azok a vizsgálatok, melyek eredménye szerint a kultúra kétségkívül hatást gyakorol nem csupán a pszichés zavarok gyakoriságára, de az érintettek körében megnyilvánuló tünetekre is (Jenkins & Barrett, 2004; Matsumoto, 1996). Vegyük például a skizofrén hallucinációkat. A WHO egyik régebbi vizsgálata során (1973, 1979) Kolumbiában, az egykori Csehszlovákiában, Dániában, Indiában, Nigériában, Nagy-Britanniában, az Egyesült Államokban és a volt Szovjetunió területén mérték fel a skizofrén esetek gyakoriságát, és jelentős eltéréseket találtak a különböző kultúrákban. Újabb vizsgálatok ezt megerősítették (Jablensky, 2000).

A pszichiátria is kezd felfigyelni a kultúra pszichopatológiára gyakorolt hatására. A DSM-5-ben külön részt szenteltek a kultúraspecifikus zavaroknak (bár ez a rész nem tartalmaz olyan zavarokat, melyek kifejezetten csak az Egyesült Államok lakóira lennének jellemzőek).

Arthur Kleinman és Alex Cohen pszichiáterek szerint (1997) a pszichiátria túlságosan régóta ragaszkodik három tévhithez:

1. A mentális zavarok mindenütt a világon egyforma gyakorisággal fordulnak elő.
2. A mentális zavarok biológiai folyamatok eredményei, a kultúra csupán azt képes alakítani, miként tapasztalják meg az érintettek a zavarokat.
3. Kultúraspecifikus mentális zavarok csak egzotikus helyeken fordulnak elő, nem a nyugati világban.

De lehetnek-e olyan nagyok a kulturális különbségek, hogy az egyik kultúrában a hallucinációkat tapasztaló embert skizofrének bélyegzik, a másokban viszont sámánként, látóként vagy gyógyítóként tekintenek rá?

Jane Murphy (1976) erre a kérdésre próbált választ adni vizsgálatában, aminek során két, a nyugati világtól és egymástól is a lehető legmesszebb álló csoportot vetett össze: az Alaszka északnyugati partjainál élő eszkimókat és a trópusi Nigériában élő jorubákat. Tapasztalatai szerint mindkét népcsoport világosan megkülönböztette nyelvileg és társadalmi szerep tekintetében a sámánokat és a pszichotikus egyéneket. A világ különböző kultúráiban végzett vizsgálatok hasonló eredményeket hoztak (Draguns, 1980). Ha a mentális betegség egy társadalmilag meghatározott mítosz, ahogyan Szasz vélte, úgy olyan mítoszlól van szó, amit a kultúrák világszerte táplálnak.

[PSZICHOÜGYEK]

Pszichológiai ismeretek szerzése pszichológiai módszerekkel

Nagyon határozottan fel kell szólítanunk mindenkit, hogy semmiképpen se használja a mentális zavarokról frissen megszerzett tudását arra, hogy diagnosztizálni kezdje a családtagjait vagy a barátait! E szabály áthágása már sok kellemetlen percet okozott pszichológushallgatóknak és önjelölt pszichológusoknak.

Pontosan tudjuk, mennyire csábító a megszerzett tudást a körülöttünk élőkre alkalmazni. A fent említett mentális zavarok némelyike meglehetősen gyakori. Mi több, miután elolvasták ezt a fejezetet, bizonyára sokan felfigyelnek majd a szorongás, a paranoia, a depresszió, a mániás epizód és sok más perцепciós, emlékezeti vagy érzelmi torzulás jeleire a családtagjaiknál vagy a barátaiknál. Ez annak a korábban már említett hajlamunknak a módosulása, amikor a pszichés zavar jeleit magunkon fedezzük fel. Ez a hajlamunk annak eredménye, hogy új ismeretekkel bővült a pszichopatológiai tudásunk. De mindenképpen tartsuk meg magunknak ezeket a gondolatokat!

Ne feledjük, hogy csak azért, mert elolvastunk egy fejezetet a pszichés zavarokról, még nem lettünk a téma szakértői. Óvakodjunk tehát a kókler diagnosztizálástól. Azt pedig kifejezetten *tilos* megtenni, hogy közöljük valakivel, szerintünk ő skizofrén, bipoláris zavara van, esetleg rögeszmés-kényszeres vagy más mentális zavartól szenved. Ne *címkézzük* a barátainkat és a családtagjainkat!

Persze az is nagy bajt okozhat, ha az ellenkező végletbe esve nem veszünk tudomást a pszichopátiás állapotra utaló jelekről. Ha ismerünk valakit, aki komoly mentális zavarokkal küzd, még akkor se címkézzük fel a problémáját, ha kikéri a véleményünket. Arra viszont bátorítanunk kell, hogy keressen fel egy szakértőt, aki képes diagnosztizálni az állapotát és lehetséges kezelési módokat kínálni neki.

Minden világos?

1. Az alábbi állítások közül melyik igaz?

- a. A mentális zavarok gyakorisága minden kultúrában hasonló.
- b. A mentális zavaroknak általában biológiai okuk van, a kultúra csupán arra hat, miként éli át az érintett a zavart.
- c. A kultúraspecifikus stresszorok elsősorban a fejlődő országokban fordulnak elő.

d. Úgy tűnik, a különböző kultúrák világszerte különbséget tesznek a mentális zavarokkal küzdők és a sámánok, látók között.

2. Miért állította Rosenhan, hogy a mentális pácienseket *elszemélytelenítik*?

3. Milyen pozitív és negatív következményei vannak a diagnosztikai címkék használatának?

Helyes válaszok: 1. d 2. Rosenhan tapasztalata szerint a pszichiátriai intézetekben a személyzet csak ritkán egyfajta címkéket, nagyon erős társadalmi stigmaként marad az érintetten (például hogy ő „skizofrén”).
túnetek kommunikálásában és a megfélemlítő kezelési terv kidolgozásában. Negatívum viszont, hogy a diagnosztikai kategóriákra, mintsem önálló személyiségekként. 3. Pozitívum, hogy a helyes diagnosztika segít a szakemberekkel a kapcsolatba a betegekkel; amikor megértjük őket tárgyaként vagy diagnosztikai lépést kapcsolunk a pszichiátriai intézetekben a személyzet csak ritkán

KRITIKUS GONDOLKODÁS ÉLESBEN

Nagyító alatt a Rosenhan-vizsgálat

A pszichológia történetében valószínűleg egy vizsgálat sem váltott még ki akkora dühös felháborodást, mint Rosenhan álbetegekkel végzett vizsgálata. Nem is csoda: azzal, hogy kérdéseket vetett fel a pszichiátriai diagnózisok megbízhatóságáról, a pszichiátria és a klinikai pszichológia alapjait fenyegette. Rosenhan így összegezte a vizsgálatát: „Egyértelmű, hogy a pszichiátriai intézetekben nem vagyunk képesek különbséget tenni az élméljűek és az örültek között.” Ha Rosenhan álláspontja helyes volt, úgy az egész mentális egészségügyi ellátás csak véleményekre épült. De helyes következtetésre jutott-e? Kezdjük a vizsgálódást a kritikus kérdések feltevésével.

Az örültség nem egy diagnózis A Rosenhant kritizálók vezetője, Robert Spitzer (1973) rögtön rámutatott, hogy az *örültség* és az *élméljűség* nem bevett fogalmak a pszichiátriában vagy a pszichológiában, ennél fogva Rosenhan állításának lényegében semmi értelme sincsen. Abban egyetértünk, hogy Rosenhan meglehetősen pongyolán fogalmazott, de úgy véljük, hogy ha emiatt mindent elvetünk, amit mondott, úgy kiöntjük a fürdővízzel együtt a gyereket is. Azt Spitzer is elismerte, hogy Rosenhan az örültség szó alatt nyilvánvalóan a pszichózist értette. Szóval egy pont Rosenhannek.

Ez nem volt fair! Rosenhan kritikusai úgy vélték, a vizsgálat nem volt igazságos és méltányos, mert az emberek egyébként nem szoktak hazudni a tüneteikről, hiszen senki sem szeretne pszichiátriai intézetbe kerülni. Ezzel mi is egyetértünk. Nem hibáztathatjuk a pszichiátereket azért, mert azt feltételezik, hogy a hozzájuk segítéséért

fordulók őszinték velük. Mi több, az orvosokat és a kórházakat felelősségre vonhatják, ha nem veszik fel azokat, akik veszélyt jelentenek magukra vagy a társadalomra (Ostow, 1973). De Rosenhan kitartott amellett, hogy ha az orvosok a biztonság kedvéért vették is fel őket, az „örültség” tényét akkor is vizsgálniuk kellett volna, ha nem is a betegfelvételkor, de az intézeti tartózkodás folyamán valamikor. Ez egy újabb pont Rosenhannek.

Kevés az adat A harmadik kritikus pont az az elbeszélő hangnem, amit Rosenhan a vizsgálati jelentésében használt. A történet persze nagyon érdekes, csak kevés benne a konkrét adat. Rosenhan elsősorban a benyomásai, nem pedig tények alapján vont le a következtetéseit – ironikus módon tehát pont azt a hibát követte el, amivel a pszichiátriai diagnózisalkotás menetét vádolta. Ezt most tehát Rosenhan kritikusai nyerték.

A következtetéseket rossz csoportra nézve vonták le A negyedik és leginkább sokatmondó kritika szerint Rosenhan elkövetett egy zöldfülűekre jellemző hibát. Spitzer (1973) szerint az, hogy a pszichiáterek „örültek” diagnosztizálták az álbetegeket, semmit sem árul el arról, mennyire jól képesek diagnosztizálni a valódi betegeket, akik nem hazudnak a tüneteikről. Ebben igaza van. Rosenhan erre azzal vágott vissza (1973b), hogy a vizsgálata csak vékony szeletkéje annak a hatalmas szakirodalomnak, ami a pszichiátriai diagnózisok megbízhatatlanságát támasztja alá: ugyanarra a páciensre vonatkozóan a különböző pszichiáterek meglehetősen gyakran eltérő diagnózissal állnak elő. Ismét Rosenhannek ítéljük a pontot.

A másik rosszul gondolja Nem nehéz úgy tekinteni erre a vitára, mint amiben a szemben álló felek úgy érzik, a másik ostrom alá vette őket. A pszichiáterek szerint az eredeti vizsgálat a szakmájuk integritása elleni frontális támadás volt, ezért hasonló stílusban vágtak vissza. Az ellentámadást viszont Rosenhan élte meg úgy, hogy kétségbe vonják a kutatói integritását. Ami itt a releváns kritikus kérdés: lehetséges, hogy mindkét fél gondolkodásában torzítások léptek fel? Nagyon úgy tűnik, hogy a válasz igen. Mi következik ebből?

Milyen következtetést vonhatunk le mindebből?

Nincs kétség, Rosenhan (1973a) hibát követett el, amikor helytelenül az *örült* és az *élméljű* szavakat használta. Azzal pedig túlzásba esett, hogy azt állította:

„Tény, hogy régóta tudjuk, a pszichiátriai diagnózisok gyakorta nem megbízhatóak és nem hasznosak, ennek ellenére továbbra is használjuk őket. Most már azt is tudjuk, hogy az örület és az élméljűség között sem tudunk különbséget tenni.” (257. o.)

Ennek ellenére az a tény, hogy egyetlen álbetegről sem sikerült kideríteni az intézetekben, hogy mentálisan kutya bajuk, figyelemfelkeltő eredmény.

A helyzet ereje a pszichiátriai intézetekben Véleményünk szerint van még egy fontos dolog, amire a kritikák nem reagáltak: a pszichiátriai intézetek, vélte Rosenhan, nem elsősorban a kezelés színhelyei. Sokkal inkább olyan helyek, ahol felcímkézik és begyógyaszterezik a pácienseket, aztán tudomást sem vesznek róluk. Rosenhan tapasztalatai szerint az idő java részében az osztályon dolgozók a páciensek által csak „kalickának” hívott üvegfalú helyiségben

tartózkodtak. A pszichiáterek még nehezebben voltak elérhetőek, még ritkábban bukkantak fel az osztályon. Amikor a páciensek valamilyen kéréssel keresték meg a nővéreket vagy az orvosokat, gyakorta nem kaptak kielégítő választ, vagy oda sem figyeltek rájuk.

Rosenhan vizsgálata drámai volt, ezért is keltette fel annyira a nyilvánosság figyelmét. De nem ő volt az első, aki személytelen helyeknek írta le a pszichiátriai osztályokat, intézeteket, és voltak már mások is, akik arra próbáltak magyarázatot találni, miért van ez így. Az egyik ilyen ok a társadalom félelem, bizalmatlanság és félreértés alakította hozzáállása a mentális problémákkal küzdőkhöz. Ez a hozzáállás, írta Rosenhan, hatással van a szakmában dolgozóakra és a rendszerre is, ami fogva tartja őket és a pácienseket egyaránt.

A második tényező a címkézés: a pszichiátriai diagnózis ártalmas hatása. Ha egy orvos egyszer felállít egy diagnózist, szinte képtelen változtatni az álláspontján. Ennek lehet oka a szakmai büszkeség is, természetesen, de nagyobb problémát jelent a személyzet – elsősorban az orvosok – és a páciensek közötti kontaktus hiánya. A pszichiátriai intézetekben folyó terápia nagyjából kimerül a gyógyszerelésben.

Mint azt a fejezet elején már mondtuk, Rosenhan nem hibáztatta az orvosokat, a nővéreket és a személyzet többi tagját. Ő úgy vélte, a problémát a „helyzet” okozza – az egész kórházi környezet, ami elszemélyteleníti a pácienseket, és nem ösztönzi arra a dolgozókat, hogy kapcsolatba lépjenek a betegekkel. De mindez 1973-ban volt. Vajon fennállnak-e még ezek a problémák a pszichiátriai intézetekben és osztályokon?

Újabb problémák a láthatáron 2005-ben Lauren Slater ismét elvégezte Rosenhan klasszikus vizsgálatát, a tapasztalatait pedig az *Opening Skinner's Box* („Skinner dobozána felnyitása”) című könyvében foglalta össze. Összesen kilenc alkalommal

keresett fel pszichiátriai intézeteket, ahol azt mondta az orvosoknak, hogy egy hangot hall, ami azt mondja neki: „ostoba”. Rosenhantól és önkénteseitől eltérően őt „pszichotikus vonásokat mutató depresszióval” diagnosztizálták. Egy alkalommal sem vették fel intézetbe, de Slater állítása szerint több orvos is felírt neki antipszichotikumokat és antidepresszánsokat. Slater munkálkodása nem kerülte el Robert Spitzer figyelmét, aki továbbra is „zavarba ejtőnek” tartotta a Rosenhan-vizsgálatot (Jaffe, 2006). Spitzer és két kollégája reagált is az új vizsgálatra, kritikájukat a *Journal of Nervous and Mental Disease* című szaklapban jelentették meg (2005). Ebben ellentámadást indítva leírták

a saját vizsgálatuk eredményét, ami abból állt, hogy írásban megküldték egy csomó pszichiáternek Slater állítólagos panaszait. 74 pszichiáter közül csupán hárman adták a „pszichotikus vonásokat mutató depresszió” diagnózisát. (Megjegyzendő, hogy Slater „kísérletében” is lehettek torzítások.)

Mi a tanulság? Rosenhan a pszichiátriai intézetekkel és a pszichiátriai diagnózisokkal kapcsolatos fontos problémára mutatott rá. Azt azonban *nem* bizonyította, hogy a mentális betegek többsége esetében haszontalan vagy teljességgel megbízhatatlan lenne a diagnózis. Ez a konklúzió pompás átmenetet biztosít nekünk a következő fejezethez, amiben a mentális zavarok kezelésével fogunk foglalkozni.

FOGLALJUK ÖSSZE!

PROBLÉMA: Lehetséges különbséget tenni a mentális zavarok és a csupán szokatlan viselkedés között? Vannak-e konkrét jelek, melyek egyértelműen jelzik a mentális zavarokat?

- A mentális zavar és a csupán furcsa viselkedés között nincs éles határvonál. Mindenki egyetért abban, hogy a distressz, a maladaptív viselkedés, az irracionalitás, a kiszámíthatatlanság, a konvenciók teljes felrúgása és a nem megfelelő viselkedés lehetnek mentális zavar jelei. A legtöbb mentális zavar diagnosztizálásához nem állnak rendelkezésre pontos diagnosztikai vizsgálatok. Ráadásul a legtöbb esetben a mentális zavar oka sem ismert, vagy a feltételezett ok vitatott.

- A DSM-5-ben is megjelenő „orvosi modell” a mentális zavarokra mint specifikus betegségekre tekint. A DSM-5 a mentális és viselkedési tünetek alapján több mint 300 mentális zavart különít el. A pszichiáterek és a mentális egészség területén dolgozó más szakemberek ezt a klasszifikációs rendszert használják széles körben.
- Az orvosi modell azonban nem univerzálisan elfogadott. Különösképpen nem az a pszichológusok körében, akik szívesebben tekintenek a mentális zavarokra a biológiai, a kognitív, a szociális, a viselkedési és a fejlődési irányzatok kombinációja felől.

12.1. Mi számít pszichés zavarnak?

12.1. Központi fogalom

Az orvosi modell a pszichés zavarokat „betegségnek” tartja, míg a pszichológiai szemlélet biológiai, viselkedési, kognitív, fejlődési és szociokulturális tényezők interakciójának eredményeként tekint rájuk.

A **pszichopatológias állapotok** gyakoriak Amerikában. Három olyan klasszikus tünet van, ami súlyos pszichés zavarra utal: a **hallucinációk**, a **téveszmék** és a súlyos **hangulatzavarok**. A mentális zavarok tünetei ingoványosabb területnek számítanak, a diagnózis nagyban függ a klinikus szakember megítélésétől.

Egykoron a mentális zavarokat démoni megszálltságnak vagy a testfolyadékok egyensúlya felborulásának tulajdonították, ezektől a koncepcióktól jutottunk el a jelenlegi orvosi modellhez, ami a pszichopatológias állapotokat „betegségnek” tekinti – ezzel a szemléletmóddal azonban sok pszichológus nem ért egyet. Az alternatív pszichológiai modell a biológiai okok mellett a társadalmi-kulturális, a kognitív, a fejlődési és a viselkedési tényezőket is figyelembe

veszi. A mentális zavarok három klasszikus tünete mellett a pszichopatológias állapotot általában annak alapján ítélik meg, milyen mértékű distresszt mutat az egyén, mennyire maladaptív, irracionális, kiszámíthatatlan és nem konvencionális a viselkedése.

Pszichés zavarokra utaló tünetek időnkénti megtapasztalása teljesen normális jelenség, a pszichológushallgatók szokták is felfedezni magukon különböző mentális zavarok jeleit. Az abnormalitás gyakori megnyilvánulásai esetén azonban érdemes sürgősen felkeresni egy szakembert.

A beszámíthatatlansággal való védekezést a közvélemény sokszor tévesen ítéli meg, valójában csak ritkán folyamodnak ehhez, és még ritkábban fogadja el a bíróság. Az **elmebetegség** kifejezést csak a jogban használják, nem számít pszichológiai-pszichiátriai szakkifejezésnek.

téveszmék (12. o.)

hallucinációk (12. o.)

hangulatzavarok (12. o.)

distressz (18. o.)

elmebetegség (20. o.)

orvosi modell (13. o.)

pszichopatológias állapotok (11. o.)

12.2. Hogyan osztályozza a pszichés zavarokat a DSM-5?

12.2. Központi fogalom

A legszélesebb körben használatos DSM-5 mentális és viselkedési tünetek alapján sorolja kategóriákba a mentális zavarokat.

A DSM-5 pszichiátriai alapokra épült, és erősen az orvosi modell felé hajlik a szemléletmódja. Több mint 300 mentális zavart kategorizál a tünetek, nem pedig az okok alapján. Nem találunk benne olyan kategóriát, ami azt írná le, mi számít „normális” viselkedésnek, funkcionálisnak. A korábbi

kiadásoktól eltérően ebben már nem találjuk meg a *neurózis* kifejezést, a *pszichózis* jelentése pedig arra az állapotra szorítkozik, amikor valaki elveszíti a kapcsolatát a valósággal.

A DSM-5 egyik kategóriáját a **depresszív zavarok** adják, melyekre az elégtelen emocionális működés jellemző. A **major depresszió** a leggyakoribb közülük. A valamilyen ritkább **bipoláris zavar** esetén érzelmileg felfűtött és depresszív epizódok váltakoznak. Bár e zavarok oka nem ismert pontosan, nagyon úgy fest, hogy számos mentális zavar valamilyen mértékben biológiai okokra vezethető vissza. Szintén

rejtély, miért van jelentős nemi különbség a major depresszió és a bipoláris zavar előfordulási gyakoriságában.

A **szorongásos zavarok** közé tartozik a **generalizált szorongásos zavar**, a **pánikzavar** és a **fóbiák**. A **szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok** esetében különböző módokon sérül a tudat-test kapcsolat. A **konverziós zavarban** szenvedők szervi betegség hiányában produkálnak testi tüneteket, míg **egészségsszorongás** esetén az érintettek a megbetegedés miatt érzett aggodalmuktól szenvednek.

A DSM-5 már önálló kategóriába sorolja a **rögeszmés-kényszeres zavart** a többi ismétlődő, kontrollálhatatlan és diszfunkcionális viselkedést mutató zavarral együtt.

A sokat vitatott **disszociatív zavarok** közé tartozik a **disszociatív amnézia**, a **disszociatív fuga**, a **deperszonalizációs/derealizációs zavar** és a **disszociatív identitászavar**. Ezen zavarok mindegyikére jellemző a memória, a tudatosság vagy a személyes identitás integrált működésének széthullása. A pszichotikus zavarok közül a percepció, a gondolkodás, az érzelmek, a viselkedés és a beszéd szélsőséges torzulásaival jellemezhető **szkizofrénia** a leggyakoribb. A bizonyítékok szerint többek között genetikai, abnormis agyszerkezeti és biokémiai okok állnak a hátterében.

A DSM-5 számos **idegrendszeri fejlődési zavart** is listáz, mint amilyen az **autizmus spektrumzavar**, a **diszlexia** és a **figyelemhiányos hiperaktivitás zavar**, melyek jellemzően a szocializációs, kognitív vagy figyelmi fejlődés valamilyen torzulásaira vezethetők vissza. Ezekkel ellentétben a **személyiségzavarok** esetében a személyiség torzul. Jelentős nemi különbségek vannak a mentális zavarok spektrumán, különösen a depresszió és az antiszociális személyiség zavar tekintetében.

A DSM-5-ben felsorolt zavarok közül a leggyakoribbak az *Egyéb, klinikailag figyelmet igénylő állapotok* kategóriába esnek. Ide az életvezetésben problémát okozó legkülönbébb állapotok tartoznak.

A **félénkség** sokakat érintő – és kezelhető – probléma, ami önmagában nem számít zavarnak, csak szélsőséges esetekben, ha **szociális fóbiává** vagy **elkerülő személyiségzavarrá** növi ki magát.

agorafóbia (33. o.)
szorongásos zavarok (32. o.)
figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD) (48. o.)
autizmus spektrum zavar (46. o.)
bipoláris zavar (31. o.)
borderline személyiségzavar (43. o.)
konverziós zavar (37. o.)
deperszonalizációs/derealizációs zavar (40. o.)
diatézis-stressz hipotézis (45. o.)
disszociatív amnézia (39. o.)
disszociatív zavarok (39. o.)
disszociatív fuga (39. o.)
disszociatív identitászavar (40. o.)
DSM-5 (22. o.)
diszlexia (47. o.)
generalizált szorongásos zavar (32. o.)
hipochondriázis (37. o.)
tanult tehetetlenség (29. o.)
major depresszió (11. o.)
hangulatzavarok (19. o.)
neurózis (24. o.)
rögeszmés-kényszeres zavar (35. o.)
pánikzavar (33. o.)
személyiségzavar (43. o.)
fóbiák (33. o.)
evolúciós előkészítettségi modell (35. o.)
pszichózis (24. o.)
szkizofrénia (41. o.)
szezonális major depresszív zavar (30. o.)
rumináció (27. o.)
félénkség (51. o.)
szomatoform zavarok (37. o.)

12.3. Milyen következményekkel jár a diagnosztikai címkézés?

12.3. Központi fogalom

Ideális esetben a pontos diagnózis megfelelő kezeléshez vezet, de a diagnózisok olyan címkékké válhatnak, melyek elszemélytelenítik az egyént és figyelmen kívül hagyják azt a szociális és társadalmi kontextust, amiben a problémái kialakultak.

Pszichésen vagy mentálisan zavartnak **címkézni** valakit megítélés kérdése, nem vitathatatlan, objektív kritériumok alapján történik. Még a szakemberek szakmai ítéletét is

torzíthatják előítéletek. Akin ott van valamilyen mentális zavar címkéje, az olyan módon tapasztalhatja meg az **elszemélytelenítést**, ahogyan a többi ember soha.

A kultúra is hatással van arra, mit tekintünk normálisnak, abnormálisnak vagy csak furcsának, bár interkulturális vizsgálatok szerint az emberek a világon mindenütt különbséget tesznek a pszichotikus egyének és azok között, akiket számánnak, prófétának vagy látónak tartanak.

elszemélytelenítés (53. o.)
ökológiai szemlélet (53. o.)
címkézés (52. o.)

KRITIKUS GONDOLKODÁS ÉLESBEN

Nagyító alatt a Rosenhan-vizsgálat

Rosenhan álbetegekkel végzett vizsgálatával magára vonta a pszichiáterek haragját és kritikáját. A szemére vetették, hogy az „örültség” mint diagnózis nem létezik, mások szerint nem volt helyes eljárás, hogy a vizsgálat résztvevői hazudtak a pszichiátereknek a tüneteiket illetően. Megint mások azt sérelmezték, hogy a vizsgálat

nemigen támaszkodott konkrét adatokra, illetve hogy az eredmények nem vonatkoztathatók a mentálisan valóban zavart személyekre. Mindazonáltal Rosenhan vizsgálata rámutatott, hogy a helyzet ereje és a címkézés eltorzíthatja a szakmai ítéletalkotást is.

13 A pszichés zavarok kezelése – terápiák

[Kulcskérdések/ felvezetés]

[Központi fogalmak]

[Pszichoügyek]

13.1. Mi a terápia?

A terápia kezdete
A terápiák történelmi és kulturális
háttére

A pszichés zavarok terápiaja igen
sokféle lehet, de mindre jellemző a
terápiás kapcsolat, ami a páciens
mentális, viselkedési vagy társas
működésének javítására irányul.

**Gyakorlati képzést kapott, egye-
temi diplomával nem rendelkező
szakemberek is végeznek terápiát**
Egyes vizsgálatok szerint a terapeuta képzett-
ségének szintje nem a legfontosabb tényező
a terápiás hatékonyság szempontjából.

13.2. Hogyan kezelik a pszichológusok a pszichés zavarokat?

Belátásorientált terápiák
Viselkedésterápiák
Kognitív-viselkedési terápia –
részleges szintézis
A pszichoterápiák értékelése

A pszichológusok a terápia kétféle for-
máját alkalmazzák: a belátásorientált
terápiákat, melyek célja, hogy az
egyén megértse önmagát és felismer-
je a problémáit, illetve a viselkedés-
terápiákat, melyek során a viselkedés
kondicionálás révén történő megvál-
toztatására koncentrálnak.

**Általában hol jutnak az
emberek segítséghez?**
A barátok, a fodrászok és a bárpul-
tosok „hivatalos” terapeutáknak
tekinthetők.

13.3. Hogyan alkalmazzák a biomedikális módszereket a pszichés zavarok kezelésében?

Gyógyszeres terápiák
A pszichés zavarok egyéb orvosi
terápiái
A kórházi kezelés és annak alter-
natívái

A biomedikális terápiák a gyógy-
szerekkel az agy biokémiai
folyamataira, műtétekkel az agyi
idegműködésre, vagy elektromos
vagy erős mágneses hatást gya-
korló terápiák segítségével az agyi
aktivításra hatnak.

**Mikor milyen típusú
terápiát javasoljunk?**
Számos terápiás lehetőséget java-
solhatunk egy hozzánk forduló, a
tanácsunkat kérő barátunknak.

13.4. Hogyan vethetjük össze a pszichoterápiákat és a biomedikális kezeléseket?

A skizofrénia kezelése
A depresszió és a szorongásos zava-
rok kezelése
Nem mindenkinek van szüksége
gyógyszerekre

Bár a pszichoterápiák és a
biomedikális kezelések kombináció-
ja sok esetben eredményesebb, mint
az egyik vagy a másik önálló alkal-
mazása, a legtöbb olyan páciens,
akinek „életviteli vagy élethelyzeti
problémái” vannak, a pszichoterá-
piára reagál a legjobban.

**Pszichológiai ismeretek
szerzése pszichológiai
eszközökkel**
Gondoljuk végig, melyik terápia hason-
lítható az egyetlen működéséhez!

PROBLÉMA: Mi a legjobb kezelés Derek depressziójára? A pszichoterápia, a gyógyszeres kezelés, vagy a kettő kombinációja? Általában mi alapján döntenek el a terapeuták, hogy az egyes mentális zavarok esetében milyen kezeléshez folyamodnak?

KRITIKUS GONDOLKODÁS ÉLESBEN: Bizonyítékon alapuló praktizálás



DEREK HÓNAPOK ÓTA BOLDOGTALANNAK ÉS KIMERÜLTNEK ÉREZTE MAGÁT. Tudta jól, hogy mindez nemcsak a munkája minőségére van hatással, de a párkapcsolatára is. Egyik munkatársa és barátja, Michele, végül azt javasolta neki, forduljon szakemberhez. De Dereknek fogalma sem volt róla, kit kellene felkeresnie. Végül sokakhoz hasonlóan egy olyan barátját kérdezte meg, akiről tudta, hogy három évvel korábban járt terápiára. Így jutott el dr. Sturmhoz, és kereste fel őt – némi nyugtalansággal a lelkében – a rendelőjében.

De dr. Sturmmal beszélgetni egyáltalán nem esett nehezebbre, és nem telt bele sok idő, mire oda lyukadtak ki, hogy Derek depressziós. Miután beszélgettek kicsit a depresszió természetéről, dr. Sturm azt mondta: – Számos terápiás lehetőség áll a rendelkezésünkre. Az egyik, amiben magam is képzett vagyok, a *kognitív-viselkedési terápia*, ami a depressziót tanult problémának tekinti, a kezelését pedig úgy végzi, hogy megváltoztatja a páciens gondolkodását az élete eseményeiről és a személyes kapcsolatairól. Ha ezt a módszert választjuk, fel kell derítenünk, mi történik a munkahelyén, illetve otthon, ami kiváltja a depressziós epizódokat. Minden héten olyan házi feladatokat adok majd, melyeket az ön erősségeire alapozok, tehát nem a gyengeségeire koncentrálnunk. Kábé, mint az iskolában – tette hozzá nevetve.

– A másik lehetőség, hogy átirányítom egy kollégámhoz, akinek a *pszichodinamikus terápia* a szakterülete – folytatta dr. Sturm. – Ha ezt a módszert választja, arra számíthat, hogy dr. Ewinggal közösen feltárják a múltját és megvizsgálják azokat a múltbéli eseményeket, melyeknek szerepük lehetett a jelenlegi érzelmi kialakulásában. Lényegében arról van szó, hogy a tudattalanjában rejtőző egyes kellemetlen emlékeket igyekeznek felszínre hozni.

– De még mindig nem értünk a lehetőségek végére. Elirányíthatom dr. Kieferhez is, aki általánosan ahhoz a módszerhez folyamodik, hogy a páciensek céljaira, kapcsolataira és önbecsülésére

koncentrálni. Ez a *humanisztikus terápia*. Ez az elme tudatos részeivel foglalkozik inkább, nem pedig a tudattalannal.

– És persze léteznek olyan gyógyszerek is, melyek bizonyítottan képesek hatni a depresszióra. Ezekkel mindössze annyi a gond, hogy hetekbe telik, mire elkezdik kifejteni a hatásukat. Emellett nem vagyok benne biztos, hogy a gyógyszerek megoldanák azokat a problémákat, amelyek miatt ön depressziós.

– Majd elfelejtettem, akad még pár orvosi lehetőség, például az elektrokonvulzív kezelés, amit a köznyelv sokszor csak „elektrosokknak” hív. De nem hiszem, hogy az ön esetében szükség lenne ilyesmire.

– Csak hallva ezt a sok lehetőséget, máris jobban érzem magam – sóhajtott fel Derek. – Tehát választanom kell a gyógyszeres és a pszichológiai kezelés között?

– Nem feltétlenül. A kettőt lehet kombinálni is.

– Ön szerint hogyan kellene választanom?

PROBLÉMA: Mi a legjobb kezelés Derek depressziójára? A pszichoterápia, a gyógyszeres kezelés, vagy a kettő kombinációja? Általában mi alapján döntenek el a terapeuták, hogy az egyes mentális zavarok esetében milyen kezeléshez folyamodnak?

A fentiekből is látható, hogy a szakemberek igen sokféle terápiás módszert tudnak bevetni. A páciensek elsöprő többsége esetében a **terápia** jelentős mértékű segítséget jelent, de természetesen nem mindenkinél hatásos. Egyesek túl sokáig várnak a segítségkéréssel, egészen addig, amíg a problémáik már kezelhetetlenné válnak.

Olyan is előfordul, hogy nem sikerül megtalálni valakinek a megfelelő kezelési módot. És sajnos sokan azért nem férnek hozzá terápiához, mert nincs rá pénzük. Ennek dacára a hatékony terápiák kifejlesztése a modern pszichológia egyik sikertörténete.

Bízunk benne, hogy a fejezet olvasása során mindenki mérlegre teszi majd az egyes terápiák előnyeit és hátrányait. Ha egy barátunk vagy családtagunk hozzánk fordulna, hogy segítsünk neki dönteni a kezelési módok között, ez a fejezet segíthet megfelelő tanácsot adni nekik, illetve ha saját magunknak keresünk terapeutát, abban is. Ne feledjük azonban, hogy ennek a fejezetnek az elolvasásától még senki sem lesz képzett pszichoterapeuta!

13.1. KULCSKÉRDÉS

Mi a terápia?

A terápia szóról jó eséllyel szinte mindenkinek ugyanaz a kép ugrik be a kanapén fekvő „neurotikus” páciensről és a feje melletti fotelben ücsörgő, jegyzetelő, szakállas terapeutáról. Ez a jelenet a klasszikus freudi pszichoanalízis képét festi meg, ami manapság már eléggé ritka, de ami a 20. század első felében a pszichoterápiák uralkodó módszere volt.

A modern terápiák több szempontból is meglehetősen különböznek a fenti képtől.

- Először is, a legtöbb esetben a páciensnek (vagy kliensnek) nem kell lefeküdnie egy kanapéra.
- Másodszor, a DSM-5-ben felsorolt komoly zavarok mellett az emberek ma már igen sokféle pszichés problémával kérnek terápiás segítséget: tanácsadók és

terapeuták egyaránt segítséget kínálnak a nehéz döntések meghozásában, a tanulási problémák megoldásában vagy a veszteségekkel vagy a boldogtalan kapcsolatokkal való megküzdésben.

- Harmadszorban pedig, mint azt majd hamarosan látjuk, a modern terápiák egyes formái legalább annyi *cselekvést* tartalmaznak, mint beszélgetést és az elhangzottak értelmezését.

Első pillantásra egészen mehökkentő mennyiségű választás áll rendelkezésre a terápiás lehetőségek terén. Egy dolog azonban mindre jellemző:

13.1. Központi fogalom

A pszichés zavarok terápiája igen sokféle lehet, de mindre jellemző a **terápiás kapcsolat**, ami a páciens mentális, viselkedési vagy társas működésének javítására irányul.

A terápiák birodalmába tett felfedezőutunkat kezdjük azzal, hogy megvizsgáljuk, kik szoktak terapeutához fordulni, és jellemzően milyen problémákkal lépnek terápiába.

A terápia kezdete

Miért megy valaki terápiára? Miért lehet érdemes bárkinek is terápiába kezdenie? Az emberek a legtöbb esetben azért keresnek terápiás segítséget, hogy megoldást találjanak olyan problémáikra, melyekkel egyedül nem tudnak megbirkózni. Vagy maguktól keresnek fel egy terapeutát, vagy családtagjaik, barátaik, az orvosuk vagy a munkatársaik biztatására kérnek segítséget.

Egyértelmű, hogy nem kell ahhoz „örülni” lenni, hogy valaki terápiába kezdjen. Ettől függetlenül nyugodtan hívhatjuk a terápiában részt vevőket „páciensnek” vagy „kliensnek”. A biológiai vagy orvosi modellt követő terapeuták általában a *páciens* szót használják, míg azok a szakemberek, akik véleménye szerint sokkal inkább élethelyzeti, életvezetési problémákkal, mintsem mentális zavarokkal keresik fel őket, szívesebben használják a *kliens* szót (Rogers, 1951; Szasz, 1961).

A terápiába lépés számos tényezőtől függ. Akinek van pénze és megfelelő egészségügyi biztosítása, annak ez nem jelenthet problémát. A szegényebb rétegek, a kisebbségi csoportok számára azonban sokszor anyagi akadályok miatt nem érhető el a mentális egészségügyi segítség (Nemecek, 1999; U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Az is akadály lehet, ha a környéken hiány van megfelelően képzett szakemberekből. Testi problémákra sok esetben lényegesen könnyebb szakorvost találni, mint a psziché működészavaraira. De már maga a pszichés zavar is gátja lehet a segítséghez jutásnak. Aki például *agorafóbiás* (lásd 12. fejezet), annak igen nehéz, ha nem lehetetlen, elhagyni az otthonát a terápia kedvéért, míg például a paranoid tünetekkel küzdők azért nem kérnek segítséget, mert nem bíznak a szakemberekben. Látható, hogy számos tényező gátolhatja, hogy mindenki szakértői segítséghez jusson, akinek szüksége van rá.

A terápiás szerződés és a terápiás célok Néha az embernek csak arra van szüksége, hogy egy együtt érző barátjának vagy családtagjának elmondhassa a problémáit, kibeszélhesse

magát, hogy meghallgassa valaki. De a családtagok és a barátok nem rendelkeznek azzal a tudással és képzettséggel, ami a komoly mentális problémák kezeléséhez kell, illetve megvannak a maguk problémái és feladatai, melyek akadályozhatják őket a megfelelő segítségnyújtásban. Olyan is előfordul, hogy ők is részét képezik a problémának. Sok oka van tehát annak, hogy miért érdemes inkább képzett terapeutához fordulni. A kompetencián kívül ott van még a titoktartás is: aki szeretné, hogy a problémái és az aggodalmai ne érhesse el illetéktelen fülekbe, az megint csak a szakemberrel jár jobban. A terápiás kapcsolat tehát sok tekintetben eltér egy baráti vagy rokoni támogatástól.

Miből áll a terápia? A terápia minden formájára jellemző, hogy a terapeuta és a páciense között valamilyen terápiás *kapcsolat* vagy *terápiás szerződés* van. A terápiás kapcsolat minősége a legfontosabb tényező a terápia hatékonysága szempontjából (Wampold & Brown, 2005). (Azt is meg kell azonban jegyeznünk, hogy léteznek olyan kísérleti, számítógépes terápiás programok, ahol a kliens nem egy hús-vér emberrel, hanem egy terapeutát szimuláló programmal áll kapcsolatban, ami a terápiás kapcsolat kifejezés jelentős kitágítása.)

Mitől lesz jó egy terápiás szerződés? A páciensnek és a terapeutának képesnek kell lennie partnerekként együtt dolgozni, közös célok érdekében, erőiket egyesítve igyekezni megoldani mindazokat a problémákat, melyek miatt a páciens terápiás segítséget kért (Horvath & Luborsky, 1993; Novotney, 2013). Ennek megfelelően a *bizalom* és az *empátia* a két legfontosabb komponens. Ezenkívül, ahogy a szakemberek mind tudatosabbá válnak a klientúrájuk nemi és etnikai sokféleségét illetően, a kutatások arra derítettek fényt, hogy közülük azok a legsikeresebbek, akik képesek a hozzájuk fordulókhöz azok saját kulturális, tapasztalati és anyanyelvi közegén keresztül kapcsolódni (Griner & Smith, 2006).

A terápiás szerződésen felül a terápiás folyamat jellemzően tartalmazza az alábbi lépéseket:

1. **A probléma azonosítása.** Ez csupán annyit tesz, hogy egyetértésben leírják azokat a körülményeket vagy érzéseket, melyek változtatásra szorulnak. Amennyiben a DSM-5-ben is szereplő zavarról van szó, ez a lépés vezet el a formális diagnózishoz.
2. **A probléma okának, illetve a problémát előidéző körülményeknek az azonosítása.** Egyes terápiaformákban ez azt jelenti, hogy kutatni kell a múltban, elsősorban a gyermekkorban, hogy ráleljenek a páciens diszkomfortérzetének forrására. Más terápiás módszerek esetében a jelenlegi okokat vizsgálják, a problémát életben tartó körülményeket.
3. **Döntés a kezelés formájáról és kivitelezéséről.** Ez azt jelenti, hogy kiválasztanak egy konkrét terápiát, ami alkalmas a tünetek minimalizálására vagy megszüntetésére. Hogy pontosan melyik módszer lesz ez, az függ a probléma természetétől, illetve a terapeuta képzettségétől és orientációjától.

Kik végeznek terápiát? Bár manapság már többen járnak terápiára, mint a múltban, az emberek jellemzően ma is csak akkor fordulnak szakemberhez, amikor már súlyos pszichés tüneteket tapasztalnak, vagy a tüneteik hosszabb ideje fennállnak. A leggyakrabban

az alábbi szakembereket keresik fel: tanácsadó pszichológus, klinikai pszichológus, pszichiáter, pszichoanalitikus, pszichiátriai gondozó, klinikai szociális munkás vagy lelkes-pszichológus.

A fenti szakemberek közötti különbségeket a 13.1. táblázat ismerteti. Látható belőle, hogy minden egyes szakmának megvan a maga specializált tudása. Például a legtöbb helyen (így Magyarországon is) gyógyszert csak orvosi végzettséggel lehet felírni, tehát ez kizárólag a pszichiáter privilégiuma.

13.1. TÁBLÁZAT A mentális egészség területén dolgozó szakemberek típusai

Szakma	Szakterület	Szükséges végzettség Magyarországon
Tanácsadó pszichológus	A normál életmenetet érintő problémák (pl. kapcsolati gondok, gyereknevelési, iskolai, munkahelyi problémák) megoldásában segít. Jellemzően iskolákban, kórházakban vagy más intézményekben dolgozik.	Pszichológus MA diploma
Klinikai pszichológus	Elsősorban súlyosabb zavarok kezelésére szakosodott, de kevésbé súlyos problémákkal küzdőkkel is foglalkozhat. Általában magánpraxisa van, vagy kórházakban, mentális egészségügyi intézményekben dolgozik. Jellemzően nem írhat fel gyógyszert.	Pszichológus MA diploma és szakpszichológusi vizsga
Pszichiáter	Mentális problémákra szakosodott orvos. Többnyire gyógyszereléssel kezeli a mentális problémákat. Lehet magánpraxisa, vagy dolgozhat kórházakban, pszichiátriai intézetekben.	Orvosi egyetemi végzettség, pszichiáter szakvizsga
Pszichoanalitikus	Freudi pszichoterápiára szakosodott szakember, többnyire magánpraxisban dolgozik.	Pszichológusi MA diploma és szakvizsga
Pszichiátriai szakápoló	Pszichés betegek ellátására szakosodott ápoló, aki dolgozhat a magán- és az állami ellátásban is	MA szintű képzés
Klinikai szociális munkás	A mentális zavarokban szenvedők ellátására szakosodott szociális munkás; elsősorban a problémák szociális és környezeti kontextusával foglalkoznak	Szociális munkás képzés BA és MA szinten
Lelkes-pszichológus	Olyan lelkes, pap, aki emellett pszichológiai képzésben is részesült, a spirituális útmutatást gyakorlati tanácsadással ötvözi	Lelkesképzés és MA szintű pszichológus diploma

A terápiák történelmi és kulturális háttere

A mentális zavarok kezelése attól függ, miként *gondolkodunk* ezekről az állapotokról. Ha például úgy hisszük, hogy a mentális zavarok betegségek, úgy a kezelésük merőben más lesz, mint ha úgy vélnénk, hogy ezek a problémák démonikus megszálltság vagy ártó szellemek miatt lépnek fel. Mindig az éppen aktuális hiedelmek függvénye, hogy egy adott társadalom miként kezeli a mentális zavarban szenvedő tagjait.

A terápiák története A középkori európai ember úgy hitte, a mentális zavarok mögött sátáni erők, démonok munkálkodása áll. Ennek megfelelően a „terapeuta” dolga az volt, hogy ördögűzéssel „kiverje” a gonoszt a megszállt emberből. Ez azt jelentette, hogy az illető testét a démon számára lakhatatlanná kellett tenni. Egyes helyeken a mentális zavarban szenvedőket „holdkórosoknak” nevezték, azt hitték, hogy a hold tette őket örültekké. Az amerikai függetlenségi háború környékén jelent meg az újító gondolat, hogy a mentális zavarokban szenvedőket erre a célra létrehozott „elmeegógyintézetekben” helyezték el, ahol biztonságban lehetnek a világban jelen lévő stressztől. Az iszlám világban már évszázadokkal korábban hasonló következtetésre jutottak, és szintén intézeteket hoztak létre a mentális zavarokban szenvedőknek (Elzamzamy & Patel, 2015; Ricardo, 2011). Az intézetekben sok beteg állapota valóban javulásnak indult, de sajnálatos módon nem mindig sikerült megteremteni az ideális intézeti körülményeket.

Az egyik leghírhedtebb intézet egyben az egyik legrégebbi is volt: a londoni Bethlehem Kórház, röviden „Bedlam”, ahol az erre fogékony érdeklődők pár pennyért bemehettek megbámulni az ott „ápoltakat”, akik gyakorta vad és lármás „műsort” adtak a borzongani vágyóknak. Nem csoda, hogy a „badlam” kifejezés az angol nyelvben hamarosan a lármás, kaotikus helyek szinonimájává vált.

Bár a legjobb szándék hívta életre az elmeegógyintézeteket, a körülmények gyorsan romlottak, ahogy a korrump politikai erők magukhoz csatornázták az intézetek fenntartására szánt összegeket. Az intézetek hamar egyfajta börtönök szintjére zuhantak, ahol ráadásul kegyetlen módszerekkel igyekeztek megzabolázni az ápoltakat: ketrecbe zárták, leláncolták, vagy pénzért mutogatták őket, mint a Bedlamben. Egyes intézményekben a démonűzésre emlékeztető módszerekkel durván megverték és más módokon bántalmazták őket. Nem nehéz belátni, hogy az ilyesfajta „kezelések” nemigen eredményeztek javulást a pszichés zavarban szenvedők állapotában.

Napjaink terápiás megközelítései A modern mentális egészségügyi intézetek rég maguk mögött hagyták a démonikus megszálltság hiedelmét, akárcsak a brutális kezelési módszereket. A mai terápiák a tudatot és a viselkedést magyarázó pszichológiai és biológiai elméleteken nyugszanak. De még ma is vita folyik a konkrét okokról és arról, melyik esetben mi a legmegfelelőbb kezelési mód. Hogy átláthassuk a meglehetősen változatos és sokszínű terápiás palettát, előljáróban néhány információ:

A **pszichológiai terápiákat** röviden csak pszichoterápiáknak szokták hívni.* A pszichoterápiák a dezorganizált gondolatok, érzések és viselkedés pszichológiai eszközökkel

(nem pedig biomedikális beavatkozásokkal) végzett megváltoztatására fókuszálnak. Két fő formájuk van:

- Az egyik a **belátásorientált terápia**, ami abban igyekszik segíteni a pácienseknek, hogy felismerjék, megértsék a problémáikat, illetve meg tudják változtatni a gondolkodásukat, a motivációjukat vagy az érzéseiket.
- A másik a **viselkedésterápia**, ami elsősorban a viselkedés megváltoztatására összpontosít. Valójában számos pszichoterapeuta a két terápiás megközelítés kombinációját alkalmazza, amit együttesen **kognitív-viselkedési terápiának** hívunk.

Ezzel szemben a **biomedikális terápiák** a mentális problémákat az agy biológiai működésében elért változások révén igyekeznek kezelni, amit főként gyógyszerekkel – antidepresszánsokkal, nyugtatókkal és stimulánsokkal – valósítanak meg. Előfordul az is, hogy elektromágneses stimulációval vagy agyműtéttel próbálnak javulást elérni. Egyes orvostereapeuták a gyógyszeres és a pszichoterápiás megközelítés kombinációját alkalmazzák.

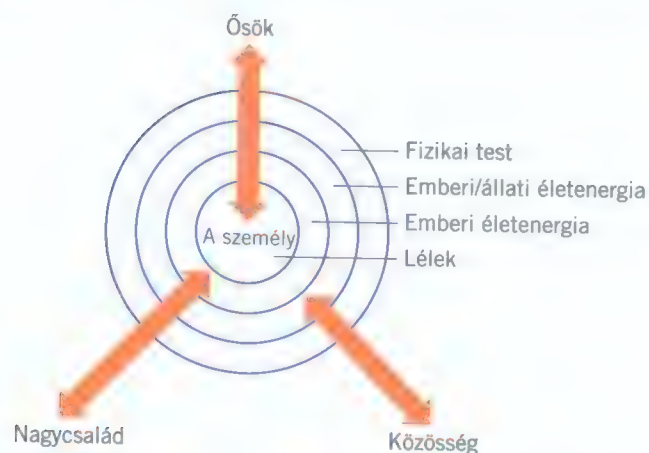
Mentális zavarok és terápiák kulturális kontextusban Igen tág határok között változik, hogy egy kultúra miként gondolkodik a mentális zavarokról és azok kezeléséről (Matsumoto, 1996). Az individualista nyugati kultúrákban (Európában és Észak-Amerikában) a pszichés zavarokat általában a betegség, a genetikai abnormalitás, a torzult gondolkodás, az egészségtelen környezet vagy a stresszorok következményének tekintik. A kollektivisták kultúrákban azonban merőben más szemléletmóddal állnak a kérdéshez (Triandis, 1990; Zaman, 1992). Az ázsiai társadalmakban a mentális zavarokra az egyén és a csoport közötti kapcsolat megszakadásaként tekintenek, míg sok afrikai országban úgy hiszik, mentális problémák olyankor alakulnak ki, amikor az egyén elidegenedik a természettől és a közösségtől, illetve az ősek szellemétől (Nobles, 1976; Sow, 1977).

Ezekben a kultúrákban elképzelhetetlen a mentálisan zavart személyek elválasztása a közösségtől. Ehelyett szociális kontextusba helyezik a gyógyítás folyamatát, a hangsúlyt az érintett személy hiedelmeire, családjára, munkájára és életkörülményeire helyezve. A terápia során a csoport által nyújtott támogatás afrikai felhasználási módja a „háló-zatterápia”, aminek során a páciens rokonai, munkatársai és barátai alkotta hálózat is része a kezelésnek (Lambo, 1978).

Az ilyen kezelések során a hagyományos sámánokat is bevonhatják a modern pszichológiai és pszichiátriai alapelvek mentén képzett szakember mellett. Ha Derek egy ilyen kultúrában élne, szinte bizonyosan kezelné őt egy varázsló vagy sámán, akiről azt tartják, természetfeletti erejük van. A terápiájának része lenne mindenféle ceremónia és rituálé, melyek érzelmi töltetet és jelentést adnak a gyógyítás folyamatának. A szimbólumok használatával kombinált rituálék összekötik a mentális zavartól szenvedőt, a sámánt és a közösséget a természetfeletti erőkkel, hogy közösen legyőzhessék az örületet (Devereux, 1981; Wallace, 1959).

A személyiség és a mentális zavarok nyugat-afrikai szemlélete A szenegáli pszichiáter, I. Sow javasolta a személyiség és a mentális zavarok egy olyan modelljét, amiben szerephez jut a nyugat-afrikaiak szemléletmódja az ember természetéről, közösségben elfoglalt

* A tanácsadás és a pszichoterápia között nincs éles különbség, bár a *tanácsadás* jellemzően rövidebb terápiás folyamatra utal, ami nagyobb valószínűséggel irányul egy konkrét problémára, míg a *pszichoterápia* általában hosszabb távú és szélesebb problémakört átfogó terápiát takar.



13.1. ÁBRA A mentális egészség és zavarok nyugat-afrikai modellje

Az ember nyugat-afrikai szemléletmódja

helyéről, és a spirituális erőkkel való kapcsolatáról (Berry et al, 1992; Sow, 1977). Sow modelljében a személyiségnek négy szintje van, amiből a külső kettő – a szenegáliai hite szerint – az állatoknál is megtalálható (13.1. ábra). A legkülső személyiséghéj a fizikai test, az alatta lévő kettő az életenergiákat tartalmazza. A lélek a legmélyebb rétegben lakozik – a személyiség magjában. E szerint a látásmód szerint a mag kivételével minden megszűnik a halállal.

Természetesen Afrikában is számos különböző kultúra létezik, ezért hiba volna azt képzelni, hogy Sow modellje mindegyiket reprezentálja. A modell általában azokat a tradicionális szemléletmódokat mutatja be a legjobban, ahogyan a bennszülött szenegáli, nyugat-afrikai emberek gondolkodnak. A szenegáli hiedelemrendszerben a személyiség egyes belső rétegei a saját közegükkel állnak kapcsolatban. A test kölcsönösen kapcsolatba lép a fizikai környezet objektumaival, a második réteg a közösséghez kapcsolódik, a harmadik pedig a családhoz. A személyiség spirituális magja, a lélek, az ősök szellemének világához kötődik. Mivel a lélek elválik a testtől, képes alvás közben és a transzállapot során a testet elhagyva kóborolni. Amikor pedig a test meghal, a lélek örökre elhagyja, és megtér az ősök szellemének világába.

Ez a szemléletmód segít megérteni, ahogyan Afrikában gondolkodnak a betegségekről és a mentális zavarokról, állítja Sow. Testi és mentális betegségek akkor ütnek fel a fejüket, ha zavar keletkezik a személy és a család, a közösség vagy az ősök kapcsolatában. A legsúlyosabb mentális zavarok kialakulása mögött a szellemvilággal megszakadt kommunikáció áll, ezért a kezelésüket a legjobb gyógyítókra (sámánokra) bízni, akik transzállapotban invitálják a szellemeket a beteghez.

Amit mi az euroamerikai kultúrkörben mentális zavarnak tartunk, például depresszióknak vagy skizofréniának, az a nyugat-afrikaiak szerint az érintett ellenségeinek műve, akik megszakították a kapcsolatot a személyiség harmadik rétege és a közösség között. Mi pszichoterápiával és gyógyszerekkel kezeljük az ilyen embereket, de a szenegáli sámánok ráolvasással, illetve azzal igyekeznek gyógyítani az érintetteket, hogy segítenek megszüntetni a személyes konfliktusait. Ha pedig úgy vélik, varázslat szakította szét a személyiség második rétege és a nagycsalád közötti kapcsolatot – ami a test életveszélyes betegségében nyilvánul meg –, a kezelés során különleges rituálékat bevetve próbálják helyreállítani a kapcsolatot. Sow szerint ezen módszerek eredményessége hasonló a modern pszichiátriához: hol beválik, hol nem. A sikert ő annak

a kapcsolatnak tulajdonítja, ami az egyes kultúrák saját terápiaformái és hiedelemrendszere között fennáll.

[PSZICHOÜGYEK]

Gyakorlati képzést kapott, egyetemi diplomával nem rendelkező szakemberek is végeznek terápiát

Vajon minden esetben magasan képzett (és drága) szakembert igényel a lehető legjobb terápia, tehát olyat, aki egyetemi vagy doktori végzettséggel rendelkezik a pszichoterápiák területén? Vagy a csak egy szűkebb területen gyakorlati képzést kapott szakemberek is lehetnek hatékony terapeuták?

A fenti kérdések nagyon fontosak, ha azt nézzük, hogy a kórházak, egészségügyi intézmények takarékosági megfontolásokból egyre nagyobb mértékben veszik igénybe nem egyetemi diplomás szakemberek segítségét: ők azok, akik rendelkeznek speciális szaktudással, de nem olyan magas végzettségűek, és a tudásuk korlátosabb, mint például egy orvosé, és magasan képzett szakember felügyelete mellett végzik a munkájukat. Gyakorta hívják őket segítőnek vagy tanácsadónak (bár sok tanácsadó magasabb végzettségű).

Irodalmi adatok áttekintésekor arra a meglepő eredményre jutottak, hogy a pszichológiai problémák széles palettáját tekintve sincs jelentős különbség a terápiák hatékonyságát illetően a tekintetben, hogy professzionális vagy nem professzionális szakember végzi-e azokat (Christensen & Jacobson, 1994). Ez jó hír, mert a mentális egészségügyi szolgáltatásokra jóval nagyobb a szükség és a kereslet, mint az elérhető professzionális szakemberek száma. Ráadásul, mivel a nem professzionális szakemberek is képesek sikeres terápiákat vezetni, a náluk magasabban képzetteknek idejük és energiájuk szabadulhat fel más feladatokra, például megelőző és közösségi oktatási programokra, a páciensek vizsgálatára, a nem professzionális kollégák képzésére és szupervíziójára, illetve kutatásra. Ezt az eredményt azonban a helyén kell kezelni. A két szakembercsoport csak a rövidesen ismertetésre kerülő belátásos terápiák tekintetében mutatott egyenlő hatékonyságot (Christensen & Jacobson, 1994; Zilbergeld, 1986). A viselkedésterápiák területén, melyekhez a *klasszikus* és az *operáns kondicionálás* (lásd II. kötet, 5. fejezet), illetve a *megfigyeléssel tanulás* (lásd II. kötet, 5. fejezet) témájában kiterjedtebb szaktudásra van szükség, még nem vizsgálták a különbségeket vagy hasonlóságokat az eredményességben.

Minden világos?

1. Az individualista kultúrákban élők a mentális zavarokat gyakorta az egyén tudatában, elméjében gyökerező problémának tartják. Ezzel szemben a kollektivisták kultúrák inkább a személy és a _____ közötti kapcsolat megszakadásának jeleként tekintenek a mentális zavarokra.
2. Soroljunk fel három dolgot, amiben a terapeuta és a páciens kapcsolata különbözik egy baráti kapcsolattól.
3. Milyen típusú terápiát folytat az, aki a depresszió okait elsősorban a tudattalanban keresi?
4. A felsoroltak közül melyik jellemző minden terápiatípusra?
 - a. A terápiák mindegyike elismert kezelési mód, amit csak megfelelő képzettséggel rendelkező szakember végezhet.
 - b. Minden terápia belátásorientált módon igyekszik orvosolni a páciensek problémáit.
 - c. Minden terápia a tudat, a viselkedés vagy a szociális kapcsolatok megváltoztatására irányul.
 - d. Minden terápia a páciens problémája mögött rejtőző, gyakorta tudattalan okokra fókuszál.

Helyes válaszok: 1. A család vagy a közösség 2. A terapeuta szakember, aki (a) képzett a terápiás technikák alkalmazásában, (b) a saját szükségleteit nem viszi be a terápia kapcsolatába, és (c) szigorúan megőrzi a bizalmas információt. 3. Pszichodinamikus terápiát 4. c

13.2. KULCSKÉRDÉS

Hogyan kezelik a pszichológusok a pszichés zavarokat?

Hogy Derek milyen típusú terápiát kap majd végül, az az Egyesült Államokban és a többi nyugati világban országban alapvetően attól függ, hogy orvos vagy pszichológus mellett teszi-e le a voksát. Ha egy pszichológust választ, mint amilyen dr. Sturm is, szinte bizonyosan a soron következő központi fogalmunkban is megjelenő kétféle terápia valamelyikét alkalmazza nála:

13.2. Központi fogalom

A pszichológusok a terápia kétféle formáját alkalmazzák: a belátásorientált terápiákat, melyek célja, hogy az egyén megértse önmagát és felismerje a problémáit, illetve a viselkedésterápiákat, melyek során a viselkedés kondicionálás révén történő megváltoztatására koncentrálnak.

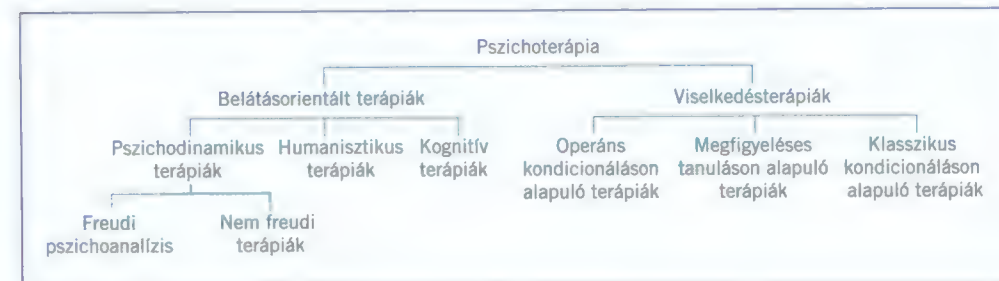
A belátásorientált terápiák voltak az első valódi pszichoterápiás kezelések – és hosszú ideig az egyetlen elérhető pszichoterápiát jelentették. Az utóbbi években a belátásorientált terápiákat ötvözték a viselkedésterápiákkal, és jelenleg ez a kombinált változat jelenti a leghatékonyabb eszközt a pszichoterápiák területén (13.2. ábra). Kezdjük a sort a belátásorientált terápiákkal.

Belátásorientált terápiák

A belátásorientált terápiák célja, hogy megváltoztassák a páciens gondolkodásmódját és érzéseit. Szokták őket „beszélgetős terápiáknak” is nevezni, mert ezen terápiás módszerek közös jellemzője a feltételezés, hogy a distressztől szenvedő egyénnek fel kell ismernie a mentális problémái mögött meghúzódó diszfunkcionális gondolkodásmódjait, érzelmeit és motívumait.

13.2. ÁBRA A pszichoterápiák típusai

A pszichoterápia két fő típusa további számos terápiás formát tartalmaz



A belátásorientált terápiáknak többtucatnyi különböző típusa létezik (13.2. ábra), de mindnek sajátja, hogy a páciens összekuszálódott mentális folyamatainak felfejtése beszélgetésen és az elhangzottak értelmezésén keresztül történik.

Egyes pszichodinamikus terápiák, mint a freudi **pszichoanalízis**, abból indulnak ki, hogy a problémáink mélyen a tudatalattinkban eltemetve rejtőznek, az előbányászásukhoz időigényes és bonyolult módszerek szükségesek.

Mások, mint Carl Rogers, a **személyközpontú pszichoterápia** mellett teszik le a voksukat. Ők a tudattalannak nem tulajdonítanak sok jelentőséget, itt a fókusz a tudatos gondolkodáson és az emberi interakciókon van. Jelen könyvben csak a legnagyobb hatású néhány irányzat ismertetésére van mód. Ezek közül is az első az a legendás módszer, amit még maga Sigmund Freud fejlesztett ki.

A freudi pszichoanalízis A klasszikus freudi gondolkodásmód szerint a pszichés problémákat a tudattalanban eltemetett tiltott impulzusok és fenyegető emlékek miatt keletkező feszültségek gerjesztik. A freudi pszichoanalízis ezért ezen emlékek és impulzusok „felszínre hozására” és a tudatosulás révén történő ártalmatlanítására irányul. A pszichoanalízis fő célja a kívánságok, a vágyak és a félelmek felderítése és értelmezése.

Hogy hozzáférhessen a tudattalan tartalmakhoz, Freud olyan módszereket keresett, melyekkel áthatolhat az ego (lásd III. kötet, 10. fejezet) védelmi mechanizmusain.

- Az egyik zseniális ötlete a **szabad asszociáció**, aminek során az ellazult páciens szabadon beszél mindarról, ami az eszébe jut, míg a terapeuta hallgatja, és igyekszik elcsípni a beszédből mindazokat az utalásokat, melyek tudattalan szükségletekre és konfliktusokra utalhatnak.
- Freud egy másik módszere az **álomfejtés**, ami a páciens álmaiban rejlő szimbólumokra koncentrálnak.



A pszichodinamikus terápiák mindegyike freudi gyökerű. A kliens **motivációira** fókuszálnak, legyenek azok tudatosak vagy tudattalanok.

Ezekkel és más technikák bevetésével a pszichoanalitikus fokozatosan megfesti a probléma klinikai képét, és

elkezdheti hozzásegíteni a páciens, hogy megértse a problémái tudattalan okait. Hogy élénkebb színekkel ábrázolhassuk ezt a terápiás folyamatot, vegyük példaként, hogyan értelmezte Freud annak a 19 éves lánynak az esetét, akit „rögeszmés neurózissal” (a DSM-5-ben rögeszmés-kényszeres zavarként szerepel) diagnosztizáltak. Nem szabad elfelejteni, hogy Freud elméletei ma már nem képezik sem a pszichológia, sem a pszichiátria fősodrát, de továbbra is fontosak, mert ezen módszerek közül több is a modern terápiás paletta részét képezi, megújult formában. Freud elképzelései már csak azért is fontosak, mert az általa alkotott fogalmak közül több is, mint az *ego*, a *szuperego*, a *tudattalan*, az *identifikáció* és az *Ödipusz-komplexus* (mindet lásd III. kötet, 10. fejezet) a köznyelv része lett. Az alábbi eset – aminek Freud általi értelmezését akár még megdöbbenőnek is találhatjuk – jó példája, miként működött a pszichoterápia mintegy száz évvel ezelőtt, illetve hogy néhány ortodox pszichoanalitikus miként végez terápiát még ma is.

Egy freudi interpretáció A „rögeszmés” páciens azért kezdett Freudnál terápiába, mert kétségbe ejtette a szüleit furcsa esti rituáléjával, amit soha ki nem hagyott volna. Először megállította a szobájában lévő nagy órát, majd kivitte a kisebb órákat, levette a karóráját is. Ezt követően minden vázát és virágcserepet az íróasztalára tett, így próbálva megakadályozni, hogy azok éjjel leessenek és összetörjenek. Ezt követően különféle tárgyakkal ékelte ki az ajtáját, hogy az félig nyitva maradjon. Miután mindezt elvégezte, a párnáját gondosan úgy igazította, hogy az semmiképpen se érintkezzen az ágy támlájával, a kispárnát pedig pontosan a nagypárna közepére helyezte. Utána addig rázta a paplant, amíg az összes lúdtoll az alsó végében gyűlt össze, majd ismét aggályos egyenletességgel szétterítette a tollakat a paplanban. Végül lefeküdt az ágyába, és igyekezett úgy aludni, hogy a feje mértani pontossággal a kispárna közepére essen.

Bonyolította a helyzetet, hogy a lány soha nem volt benne biztos, hogy „rendesen” elvégezte-e a rituálét. Hol az egyik, hol a másik részt csinálta meg újból, bár Freudnak elismerte, hogy az egész esti szertartás és „elővigyázatosság” abszolút értelmetlen. A teljes esti műsor elvégzése alkalmanként két teljes órát vett igénybe.

Mielőtt elolvassuk Freud interpretációját, gondolkodjunk el rajta, mi hogyan értelmeznénk ezt a furcsa viselkedést. Most pedig lássuk, milyen pszichoanalitikai interpretációt írt Freud az esetről (1920/1957):

„A páciens fokozatosan megértette, hogy azért távolította el a szobájából éjszákára az órákat, mert azok a női nemi szervek szimbólumai. Az órák, melyeknek más szimbolikus jelentésük is van, azért lehetnek e szervek szimbólumai, mert ugyanúgy periodikus a működésük, mint a női ciklus. A nők talán hallanak is néha olyan hasonlatot, hogy a ciklusuk olyan pontos, mint egy óramű. Ez a páciens attól félt, hogy az órák ketyegése megzavarja őt alvás közben. Az óraketyegés hasonló a klitorisz lüktetéséhez a szexuális izgalom alatt. Ez a szenzáció, ami stresszelően hatott a páciensre, számos alkalommal felébresztette őt; a félelme a klitorisz megduzzadásától pedig arra ösztökölte, hogy minden működő órát eltávolítson a közeléből az alvás idejére.

A virágcserepek és a vázák ugyancsak a női nemi szervek szimbólumai. Az összetörésük megakadályozására tett óvintézkedéseknek is megvan a maguk jelentése: a szüzességgel kapcsolatos aggodalmak elutasítása áll a háttérben...

Egyik alkalommal a páciens hirtelen megértette, mi állhat annak a szabályának a hátterében, hogy a nagypárna nem érhet hozzá az ágytámlához. A nagypárna számomra a nőt jelképezi, mondta, míg a mögötte lévő ágytámla a férfit. A rituálé révén azt a vágyát juttatta kifejezésre, hogy férfit és nőt, a szüleit, különválassza, azaz megakadályozza a közösülést...

Ha a nagypárna jelképezte a nőt, úgy a tollak lerázása a paplan végébe és ott egy nagy dudorra formálásuk a teherbe ejtést szimbolizálja. A tollak elsimítása arra utalt, hogy a páciens igyekezett a terhességet is »elsimítani«, mivel évek óta rettegett attól, hogy a szülei közösülése egy újabb terhességet, testvér születését eredményezi, aki neki riválist jelentene. Másfelől pedig a nagypárna az anyát, a kispárna pedig a lányt szimbolizálja... A férfi részt (az apát) pedig a páciens saját maga játszotta, a férfi nemi szervet a feje szimbolizálta.

Mondhatnánk, micsoda szörnyűséges gondolatok ezek egy szüz lány számára. Ezt elismerem; de ne feledjük, hogy ezeket a dolgokat nem én találom ki, én csak felszínre hozom őket...” (277–279. o.).

A fenti interpretációt nem azért mutattuk be, mert azt szeretnénk, hogy az olvasó elfogadja ezt az értelmezést, hanem hogy megmutassuk, hogyan használta Freud a páciensei tüneteit szimbolikus útjelzőkként a tudattalan konfliktusok, vágyak és emlékek feltáráshoz vezető úton. Azt sem szabad elfelejtenünk, hogy Freud egyszerre volt zseni és korának terméke – egy olyan koré, amikor a prüdség és a szexualitás bűvöletének konfliktusa hatotta át a viktoriánus társadalmat. Ebben az időben még az asztal és a zongora lába is erkölcsstelennek számított (voltak, akik harisnyát is húztak rá). Ez a kettősség erőteljes irányt szabott Freud merész elméleteinek. A lényeg, hogy Freud láthatóan tévesen tulajdonította a mentális zavarok okának ezt a kulturális hozzáállást a szexualitáshoz.

A pszichoanalitikus terápia menete A terápia során Freud segített megértetni a rögeszmés fiatal lánnyal, hogy az *érvédő mechanizmusai* (lásd III. kötet, 10. fejezet) miként alakították a szexuális félelmei és fantáziái köré épülő tudattalan problémáit rögeszmés esti rituálékká. A *behelyettesítés* érvédő mechanizmusa révén a páciens a szüzesség elvesztésétől való félelmét a szobájában lévő vázák és virágcserepek megvédésének rituáléjává alakította át. Az egója így tudta kielégíteni a tudattalan szükségleteit. Ugyanakkor pedig az *elfojtás* mechanizmusa segítségével megakadályozhatta, hogy a „valódi” probléma tudatosulhasson.

Egy ortodox freudista pszichoanalitikus fő feladata abban segíteni a páciensnek, hogy képes legyen áttörni az elfojtás falait és tudatosítani a fenyegető gondolatokat. Ehhez a páciensnek betekintést kell nyernie a jelenlegi tünetei és az elfojtott konfliktusai közötti kapcsolatba. Freud úgy vélte, hogy amikor a páciens megérti és elfogadja ezeket a tudattalan konfliktusait és vágyait, akkor lesz képes a bajok megoldására.

A pszichoanalízis utolsó állomásában a páciens rájön, hogy a terapeutával kialakított kapcsolata hogyan tükrözi az ő megoldatlan konfliktusait, különösképpen pedig a szüleivel kapcsolatos problémákat. Freud *indulatáttételnek* nevezte a szülői tulajdonságok kivetítését a terapeutára, a terápia utolsó szakaszát pedig *indulatáttétel-elemzésnek*. A pszichoanalitikus elmélet szerint ez az utolsó lépés akkor következik el, amikor a páciens végre felszínre hozza azokat a tudattalan problémáit, melyek kora gyermekkorában keletkeztek a szülei vel való kapcsolatában (Munroe, 1955).

Neofreudiánus pszichodinamikus terápiák Talán megbocsátják az olvasók, ha most egy kicsit magát Freudot vesszük analízisbe: nyilvánvalóan drámai vénával rendelkező, hatással bíró, karizmatikus személyiség volt – vagy, ahogyan ő mondta volna, erős egója volt. Ennek megfelelően bátorította a pszichoanalízis elveiről szóló vitákat, de azt már nem tolerálta, ha valaki alapvető változtatásokat szeretett volna a doktrínáiban. Ez elkerülhetetlenül konfliktusokhoz vezetett egyes hasonlóan erős akaratú követőivel, például Alfred Adlerrel, Carl Junggal és Karen Horney-val, akik végül szakítottak Freuddal, és saját terápiás iskolákat alapítottak.

Általánosságban azt mondhatjuk, hogy ezek a pszichodinamikus elméletek a – többnyire tudattalan – motivációs és érzelmi zavarokra összpontosítanak. Valójában a neofreudiánus renegátok elég sok mindent megtartottak Freud alapvető elképzeléseiből és módszereiből, sok mindent hozzáadtak, illetve többet módosítottak. A **neofreudiánus pszichodinamikus terápiák** megtartották a motiváció freudi hangsúlyosságát. Mostanra a legtöbb ilyen terapeuta elhagyta a kanapét, és a pácienssel szemtől szemben végzik a terápiát. Az esetek többségében néhány hónapon át, hetente egyszer kerül sor terápiás ülésre, nem pedig éveken keresztül heti több alkalommal, mint a klasszikus pszichoanalízisben.

Mit gondolunk, a modern pszichodinamikus terápiák vajon gyorsabban képesek eredményt elérni?

A legtöbb ilyen terapeuta a hangsúlyt a *tudatos* motivációra helyezi, ezért nem töltenek olyan sok időt azzal, hogy megpróbálják felszínre hozni a tudattalanból a rejtett konfliktusokat és az elfojtott emlékeket. A legtöbbjük ugyancsak szakít Freuddal a tekintetben, hogy:

- a tudatos ént vagy egót tartják fontosnak (nem pedig az idet);
- nemcsak a kora gyermekkori tapasztalatokat tartják fontosnak, hanem az egész élet folyamán szeretteket is;
- hangsúlyt helyeznek a társadalmi szerepekre és az interperszonális kapcsolatokra is (nem pedig csak a szexuális és az agresszív vágyakra).

Minden neofreudiánus teoretikus megalkotta a saját, más-más területeket kidomborító elméletét a mentális zavarokról és azok terápiájáról. Jelen könyv terjedelme nem teszi lehetővé, hogy ezek mindegyikét részletesebben is kifejtsük, de röviden áttekintjük, miként közelítene egy modern pszichodinamikus terapeuta a fentiekben ismertetett rögeszmés lány esetéhez. A legvalószínűbb, hogy a terapeuta a lány és a szülei jelenlegi kapcsolatára koncentrálna, például hogy mit próbál kompenzálni a lány azzal, hogy minden áldott este két órára a szülei figyelmének középpontjába igyekszik kerülni. Ahelyett, hogy csak a lánnyal folytat intenzív terápiát, a terapeuta valószínűleg a szülőkkel is igyekezne együttműködni a probléma megoldásában.

És vajon hogyan közelítenének a terapeuta a depressziós Derek problémájához? Egy konzervatív freudiánus pszichoanalitikus bizonyára a kora gyermekkori emlékek között igyekezne megtalálni a depressziója kiváltó okát, míg egy modern pszichodinamikus terapeuta inkább Derek jelenlegi kapcsolataiban kutakodna, azt feltételezve, hogy a depresszió oka inkább szociális, mintsem szexuális.

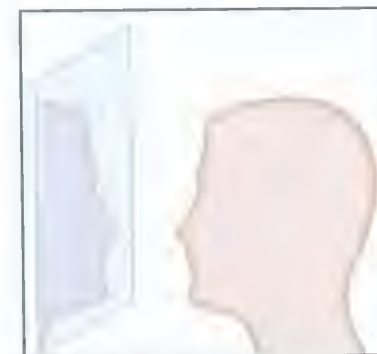
Humanisztikus terápiák Míg a pszichodinamikus terápiák az egymással konfliktusban álló motivációkra helyezik a hangsúlyt, a humanisztikus vonal képviselői úgy vélik, a mentális problémák az alacsony önbecsülésből, a rossz célokból és a nem kielégítő kapcsolatokból eredeztethetők. Valóban, a terapeutákhoz forduló egyetemisták leggyakoribb tüneteinek közé tartozik az elidegenedés, a céljaik elérésének képtelensége, a kudarcélmény, a rosszul működő kapcsolatok és az általános elégedetlenség az életükkel. A terapeuták *egzisztenciális krízisként* emlegetik ezeket a problémákat, utalva ezzel arra, milyen sok emberi probléma ered az élet értelmének és céljának megkérdőjelezéséből. A humanisztikus pszichológusok által alkalmazott terápiák speciálisan az ilyen problémákat célozzák.

A pszichodinamikus irányzattal ellentétben a humanisztikus terapeuta úgy vélik, az embereket általában a fejlődéshez és a pszichés jóllétéhez szükséges *egészséges* szükségletek motiválják. Vitarják Freud azon feltételezését, hogy a konfliktusban álló énrészek által szabdaltságot a tudatos id uralja, illetve hogy hedonista ösztönök és elfojtott konfliktusok vezérlik. Ők a hangsúlyt a teljes személyre helyezik, aki folyamatos fejlődésben és változásban van.

A humanisztikus pszichológusok szerint mentális zavarok olyankor lépnek fel, amikor a körülmények gátolják a normális fejlődést, és alacsony önbecsüléshez vezetnek. A **humanisztikus terápia** során ezért abban igyekeznek segíteni a klienst, hogy konfrontálódjon a problémáival azáltal, hogy rádöbben a saját szabadságára, erősíti az önbecsülését, és realizálja a benne rejlő potenciált (Schneider & May, 1995). Ha egy évszázada léteztek volna humanisztikus terapeuta, valószínűleg azon dolgoztak volna Freud pácienseivel, hogy felderítsék azok énfogalmát és a szüleikkel kapcsolatos érzéseiket. Derek depresszióját egy humanisztikus szakember valószínűleg a nem kielégítő kapcsolataira vagy a személyes elégtelenség érzetére vezetné vissza.

Személyközpontú terápia A humanisztikus terápia talán legelterjedtebb formája a **személyközpontú terápia**, amit a legendás pszichológus, Carl Rogers (1951, 1977) fejlesztett ki. Véleménye szerint az egészséges fejlődést tévútra vihetik a pozitív énképre irányuló vágy és az önkritika, illetve a többi ember felől érkező kritika teremtette konfliktus. Ez a konfliktus szorongást és boldogtalanságot kelt. A rogersi személyközpontú terápia során a feladat az, hogy olyan, támogató környezetet kell teremteni, amiben az egyén feldolgozhatja a szorongásait és aggodalmait, és végül elérheti az önbecsülést és az önmegvalósítást.

Az egyik fő technika, amivel a rogersi terapeuta segítenek a kliensnek megérteni a saját érzéseit, az érzések **tükrözése** (hívják *reflektív meghallgatásnak* is). Ennek során a terapeuta elismétli a kliens szavait, egyfajta pszichés „tükröként” működik, amiben a kliens önmagát láthatja. Lássuk, hogyan alkalmazza a terapeuta ezt a módszert egy fiatal nő érzelmi tónusának megragadására (Rogers, 1951):



A humanisztikus terapeuta gyakran kezelnek alacsony önbecsüléssel, rosszul működő kapcsolatokkal és egzisztenciális krízissel érkező pácienseket.

KLIENS: Az egész valószínűleg a gyerekkoromra vezethető vissza... Anyám mindig azt mondta, én vagyok az apám kedvence. Bár nekem ez soha nem tűnt fel – úgy értem, sohasem kezeltek úgy, mint egy kis kedvenct. Mások is láthatóan úgy gondolták, nekem privilegizált helyzetem van a családban... Bár, ahogy most vissza tudom idézni, a többi gyereknek általában többet megengedtek, mint nekem. Azt hiszem, volt valami oka annak, hogy engem szigorúbban fogtak.

TERAPEUTA: Tehát nem biztos benne, hogy bármilyen értelemben is kis kedvencként kezelték volna, inkább úgy érezte, hogy önnel szemben magasabb követelményeket állítottak a családban.

KLIENS: Nekem úgy tűnt. A többiek elkövethettek hibákat, viselkedhettek rossz gyerekként... de Alice-ről azt gondolták, ő nem tehet ilyeneket.

TERAPEUTA: Bárki más megengedhette magának, hogy rosszkodhasson kicsit, de az ön esetében ilyen nem fordulhatott elő.

KLIENS: Igen, pontosan ezt gondolom. Azt hiszem, a saját mércém... ezt alaposan végig kell gondolnom, mert régóta bizonytalan vagyok abban, hogy valóban vannak-e ilyen mércém.

TERAPEUTA: Tehát nem biztos benne, hogy valóban megvannak-e önben azok a mély értékek, amelyeket biztosnak gondolt (152. o.).

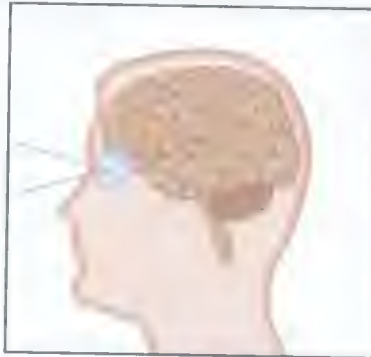
Nem nehéz észrevenni, hogy a terapeuta főként a kliens szavait visszhangozza szó szerint vagy átfogalmazva, azaz „tükrözi” mindazt, amit hall.

Vajon hatékony ez a terápiás módszer? A személyközpontú terápia hatékonyságát számos tudományos bizonyíték támasztja alá. Az Amerikai Pszichológiai Társaság egyik munkacsoportja a terápiák hatékonyságához hozzájáruló, tudományos alapokon nyugvó gyakorlatokat vizsgálva arra az eredményre jutott, hogy a hatékony terápiák közös jellemzői pontosan azok voltak, melyek a rogersi terápiában is megtalálhatók: az empátia, a pozitív figyelem, az őszinteség és a visszajelzés (Ackerman et al., 2001).

Kognitív terápiák Az eddig tárgyalt belátásorientált terápiák elsősorban az emberek érzelmeire és motivációira fókuszáltak.

A kognitív terápia viszont abból a feltételezésből indul ki, hogy a pszichés problémák a félresiklott gondolkodás termékei, és a pozitív terápiás változás kulcsát a racionális gondolkodásban látja (Butler et al., 2006). A kognitív terápiának több formája is létezik, de most egy példán keresztül próbáljuk megmutatni, hogyan is kell egy ilyen terápiát elképzelni: Aaron Beck kognitív terápiáját egy depressziós klienssel.

Az eredetileg klasszikus pszichoanalízisben utazó Beck akkor szakított a freudi hagyományokkal, amikor felfigyelt rá, hogy a depressziós páciensei álmai és szabad asszociációi mennyire tele vannak negatív gondolatokkal (Beck, 1976; Bowles, 2004). Gyakran tettek olyan önostorozó kijelentéseket, mint hogy „Senki sem szeretne, ha tudná, milyen vagyok valójában”, vagy „Nem vagyok elég okos hozzá, hogy el tudjam végezni ezt a nehéz iskolát”.



A kognitív terápiák célja, hogy megváltoztassák a kliens gondolkodását önmagáról és a világról.

Beck fokozatosan arra a következtetésre jutott, hogy a depresszió oka a negatív belső monológ. Ha pedig így van, akkor a terapeuta dolga az, hogy segítsen a kliensnek megtanulni pozitívan gondolkodni.

Az alábbiakban a Beck-féle megközelítésre mutatunk példát, ami egy Derek korabeli egyetemistával végzett terápiás beszélgetés egy részlete (Beck et al., 1979):

KLIENS: Ha rosszul mennek a dolgok, depressziós leszek. Például ha nem sikerül jól egy vizsgám.

TERAPEUTA: Hogyan tudja egy rosszul sikerült vizsga depresszióssá tenni?

KLIENS: Ha nem sikerül a vizsga, soha nem jutok be a jogi karra.

TERAPEUTA: Egyetért velem abban, hogy az, ahogyan a vizsga eredményéről gondolkodik, hatással van önre? Depressziósnak érzi magát, nem alszik jól, nem eszik rendesen, és még csodálkozik is rajta, ha végül kimarad a szakról.

KLIENS: Az jár a fejemben, hogy nem fogom tudni végigcsinálni. Igen, egyetérték önnel.

TERAPEUTA: Mit jelent önnek a bukás?

KLIENS: (könnyek között) Hogy nem mehetek a jogra.

TERAPEUTA: És az mit jelent az ön számára?

KLIENS: Hogy nem vagyok elég okos.

TERAPEUTA: Mást nem?

KLIENS: Hogy soha nem lehetek boldog.

TERAPEUTA: És ezek a gondolatok milyen érzést keltenek önben?

KLIENS: Boldogtalan leszek.

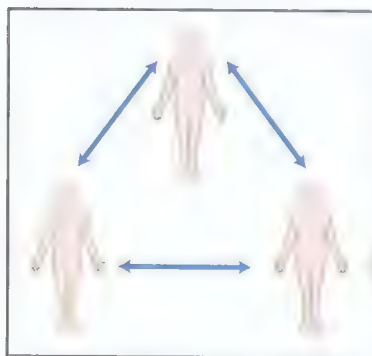
TERAPEUTA: Tehát a bukás következménye miatt érez boldogtalanságot. Az a hit, hogy soha nem lehet boldog, nagyon erős boldogtalansággeneráló tényező. Saját magát viszi bele abba a csapdába, hogy ha nem kerül be a jogi karra, soha nem lehet boldog (145–146. o.).

A fenti párbeszédből láthatjuk, hogy a kognitív terapeuta segít a páciensnek konfrontálódni a depressziót elősegítő, fenntartó destruktív gondolataival. Vizsgálatok kimutatták, hogy Beck megközelítése legalább annyira hatékony módszer a depresszió ellen, mint a gyógyszerek (Antonuccio, 1995; Beck, 2005).

Derek esetében egy kognitív terapeuta kétségkívül a depresszióját tápláló negatív belső monológok ellen igyekezne fellépni.

És vajon miként kezelné egy kognitív terapeuta Freud 19 éves rögeszmés páciensét? Valószínűleg a fiatal lány irracionális hiedelmeire összpontosítana, például hogy a vázák és a virágcserepek az éjszaka folyamán maguktól leeshetnek és összetörhetnek. Igyekezne megkérdőjelezni a páciens azon hiedelmeit is, hogy katasztrófák történhetnek (például nem tud elaludni!), ha nem végzi el az esti rituáléit. Mindkét esetben abból indulna ki, hogy a tünetek megszűnnének, ha a negatív gondolatokat sikerülne pozitívakkal helyettesíteni.

Csoportterápiák Az eddig tárgyalt terápiák általában négy szemközt történnek, csak a terapeuta és a kliens vesz részt rajtuk. A legtöbb esetben azonban ezek a terápiafajták végezhetők csoportterápia keretein belül is, tehát két vagy több kliens jelenlétében. A csoportterápiáknak számos előnyük lehet az egyéni terápiákkal szemben, különösen, ha kapcsolati problémák vannak terítéken. Párok, családok érintettsége esetén vagy



Különböző megközelítést valló terapeuták használnak csoportterápiát, de mindegyik a csoport teremtettsé szociális miliőre épít.

hasonló problémákkal küzdő embereknél (például drogfüggők vagy depressziósok) a csoportterápiát gyakran előnyben részesítik a terapeuták.

A terápiás csoportok általában hetente egyszer találkoznak, de az is előfordul, hogy az interneten keresztül tartják meg az üléseket (Davison et al., 2000). A terapeuta nem ritkán humanisztikus szemléletű, de a pszichodinamikus és a kognitív-viselkedési terápiás csoportok is gyakoriak. Bármilyen legyen is a módszer, a csoportterápia lehetőséget nyújt a pácienseknek arra, hogy új társas viselkedéseket figyelhessenek meg és utánózhassanak egy elfogadó, támogató közegben. Az alábbiakban most csak a csoportterápiák két reprezentatív típusát érintjük: az önszorgító csoportokat és a pár- és családterápiákat.

Önszorgító csoportok A csoportterápiák között talán a leginkább figyelemreméltó fejlődést az **önszorgító csoportok** iránti érdeklődés megerősödése jelenti. Ezerszámra működnek ilyen csoportok az USA-ban. A legtöbbjük ingyenesen látogatható, elsősorban azok, melyeket nem fizetett egészségügyi szakember vezet. Az önszorgító csoportok arra adnak lehetőséget, hogy az érintettek biztonságos környezetben találkozhassanak hozzájuk hasonló problémákkal küzdőkkel, megbeszélhessék a tapasztalataikat, ötleteiket, erőméríthessenek egymás történeteiből (Schiff & Bargal, 2000).

Az egyik legrégebbi óta létező ilyen csoport az Anonim Alkoholistáké (AA), akik az önszorgító módszer úttörőinek számítanak: még az 1930-as években indult útjára a mozgalmuk. A középpontjában a 12 lépéses program áll, ami az alkoholfüggőségből való felépülésen vezet végig az érintetteket. A 12 lépés nem kizárólag pszichológiai elméleteken alapszik, hanem a korai AA-tagok próba szerencse alapú leszokási próbálkozásainak eredményein is.

Az 1960-as években a feministák céljai között szerepelt az öntudat és a tudatosság növelése, ennek következtében az önszorgítás eszméje is szélesebb körökhöz kezdett eljutni. Ennek eredményeképpen mostanra az önszorgító csoportok a legszélesebb problémakört ölelik fel. Léteznek például:

- élethelyzeti kríziseken, például váláson vagy a gyermek halálán átsegítő csoportok;
- testi betegségekkel és mentális zavarokkal, például szívinfarkttal vagy depresszióval való megküzdésben segítő csoportok;
- függőségekkel és egyéb, kontrollálhatatlan viselkedésekkel, például alkoholizmussal, szerencsejáték-függőséggel, fázisrohamokkal, szex- vagy drogfüggőséggel küzdőket segítő csoportok;
- a függőséggel küzdő rokon vagy barát okozta stressz kezelésében segítő csoportok.

A csoportterápia sokat hozzátehet a terminális stádiumban lévő betegek kezeléséhez is. Az ilyen típusú terápia célja, hogy a betegeket és a családtagjaikat hozzásegítse a lehető legteljesebb élethez, hogy reálisan viszonyuljanak a közelgő halálhoz és a végstádiumú betegséghez. Az ilyen típusú önszorgító csoportok arra fókuszálnak, hogy a beteget segítse megtanulni „teljes életet élni a végső búcsúig” (Nungesser, 1990).

Pár- és családterápia A legtöbbet talán pont azoktól lehet tanulni a kapcsolatokról, akik párkapcsolati problémával küzdenek. A párterápia (vagy házassági tanácsadás) során a pár tagjai megtanulnak egyértelműen kommunikálni, és javítani a köztük folyó interakció minőségén (Napier, 2000). Egyszerre jellemzően egy pár mindkét tagja vesz részt a terápián. Őket megfigyelve a terapeuta segít azonosítani azokat a verbális és nem verbális jeleket, melyek révén igyekeznek uralni, irányítani vagy összezavarni a másikat (Gottman, 1994, 1999). Ezt követően segít nekik abban, hogy partnerükben megerősítsék a kívánatosabb reakcióikat és elsimítsák a konfliktusokat. A párok ezenkívül tanulnak olyan *nem direktív módszereket*, melyek révén anélkül fejezhetik ki az érzéseiket és az elképzeléseiket, hogy azt a másik támadásnak venné (Jacobson et al., 2000; Wheeler et al., 2001).



A párterápia során a terapeuta abban segít a pároknak, hogy javítsanak a kapcsolatukban kialakított kommunikációs mintáikon.

A **családterápia** során a „kliens” egy egész család vagy több családot. Minden családtagot a *kapcsolati rendszer* részeként kezelnek (Fishman, 1993). A családterapeuta segít a problémával küzdő családtagoknak felismerni azokat a kapcsolati mintákat, melyek problémásak a számukra. A cél a résztvevők közötti személyes dinamika megváltoztatása (Foley, 1979; Schwebel & Fine, 1994). A családterápia nem csupán a családon belüli feszültségek oldásában segít, de az egyes családtagok működésmódját is javítja annak révén, hogy segít felismerni a saját szerepüket a csoporton belül. A családterápia hatékonyan bizonyult az *anorexia nervosa* (lásd III. kötet, 9. fejezet), a depresszió és más hangulatzavarok, de még a skizofrénia kezelésében is (Miklowitz, 2007).

Viselkedésterápiák

Ha a probléma például ágybavizelés, fázisrohamok, félnkség vagy bármilyen, pusztán viselkedési tünetekkel leírható dolog, úgy jó esély van rá, hogy valamilyen **viselkedésterápia** hozhat megoldást. Ezek a terápiák azon a feltételezésen alapulnak, hogy a nemkívánatos viselkedések tanultak, ennél fogva *klasszikus* és *operáns kondicionálással* (lásd II. kötet, 5. fejezet) meg lehet őket változtatni (13.2. ábra). A fent említett eseteken kívül a viselkedésterapeuták sikeresen tudják kezelni a fóbiákat, félelmeket, a rögeszméket, a depressziót, a függőségeket, az agressziót és a kriminális viselkedést.

A viselkedésterapeuták azt igyekeznek megérteni, a kliens miként sajátította el a nemkívánatos viselkedést, és – ami még fontosabb – miként lehetne azt megszüntetni és



A viselkedésterapeuta elsősorban az egyén környezetére és problémás viselkedésére koncentrálnak, nem pedig a gondolataira, motivációira vagy az érzéseire.

egy előnyösebb viselkedésmintázattal helyettesíteni. Hogy megérthessük, hogyan is történik mindez, először nézzük, milyen technikákat kölcsönzött a viselkedésterápia a klasszikus kondicionálás világából.

Klasszikus kondicionáláson alapuló viselkedésterápia

A viselkedésterápia első ismert alkalmazása a pszichológus Mary Cover Joneshoz köthető (1924), aki egy Peter nevű, a szörös dolgoktól rettegő kisfiút kezelt ezen a módon. Jonesnak pár hét alatt sikerült deszenzitizálnia a fiút oly módon, hogy egy nyulat fokozatosan mind közelebb és közelebb vitt hozzá, miközben Peter evett. A kisfiú végül képessé vált arra, hogy eltűrje a nyulat az ölében, meg is simogatta. (Bizonyára feltűnt a hasonlóság John Watson Kis Albert-kísérletével. Ez nem véletlen. Jones ismerte Watsont és a Kis Albert-kísérletet is. Az ő kísérlete

során azonban fordítva történtek a dolgok: a hozzá terápiára érkező Peter már nagyon félt a szörös dolgoktól.)

Érdekes módon mégis 14 évet kellett várni arra, hogy a viselkedésterápia ismét felbukkanjon a pszichológusok eszköztárában. Ez alkalommal az ágybavizelést próbálták így kezelni (Mowrer & Mowrer, 1938). A módszer úgy festett, hogy a páciens alá egy nedvességre érzékeny matracot helyeztek éjszakára. Ha a páciens bevizelt, a nedvesség hatására a matrac riasztott, a páciens pedig felébredt. A módszer az esetek háromnegyedében sikeresnek bizonyult. Ez elképesztően jó arány volt, különösen a pszichodinamikus terápia – mely az ágybavizelés mint tünet „jelentését” boncolgatva igyekezett orvosolni a problémát – e téren vallott csúfos kudarcaihoz képest.

Ezt követően azonban megint csak el kellett telnie húsz évnek, mire a viselkedésterápia a fősodorbéli pszichológiai terápiák közé került végre.

Mi lehetett az oka ennek a csigalassú tempónak? Az, hogy a régi jó freudi idea, miszerint minden tünet mögött ott lappang egy tudattalan ok, amit fel kell deríteni és megszüntetni, nagyon szilárdan rögzült a pszichológia tudományában. A terapeuták egyszerűen nem merték elkezdni kikezelné a tüneteket (a viselkedést), mert még élénken tartotta magát a *tünetcsere* jelenségébe vetett hit, ami szerint ha megszüntetünk egy tünetet, annak a helyét egy másik, még rosszabb veszi át. Szerencsére azóta kiderült, hogy ez az aggodalom alaptalan.

Szisztematikus deszenzitizáció A tünetcsere szilárdnak hitt jelenségét végül Joseph Wolpe pszichiáter kérdőjelezte meg. Wolpe azzal érvelt, hogy az irracionális félelmi reakciók és más nemkívánatos érzelmi alapú viselkedések kialakulása inkább követi a klasszikus kondicionálás útját, mintsem a freudi modellt. A klasszikus kondicionálás során egy új inger egy *feltétlen inger*hez (lásd II. kötet, 5. fejezet) társul, és ezt követően az egyén mindkét ingerre ugyanúgy reagál. Így kapcsolódhat a félelmi reakció például kígyókhoz, pókokhoz vagy a villámláshoz. Wolpe egy másik egyszerű igazságra is rájött:

az idegrendszer nem lehet egyszerre nyugodt és izgatott állapotban, mert ez két ellentétes folyamat szimultán működését feltételezné. A két elképzelését ötvözve

alkotta meg Wolpe a terápiás módszerét, amit ma **szisztematikus deszenzitizáció**nak nevezünk (Wolpe, 1958, 1973).

A szisztematikus deszenzitizáció egy képzési programmal kezdődik, aminek során a páciens megtanítja magát ellazítani az izmait és relaxálni (Rachman, 2000). Miközben a páciens mély relaxációban van, a terapeuta megkezdi a **kioltás** folyamatát oly módon, hogy megkéri a páciens, képzeljen el a számára egyre félelmetesebb helyzeteket. Mindez lépésekben történik, a *szorongáshierarchiának* megfelelően: távoli asszociációktól haladnak az erős félelmet kiváltó helyzetek felé.

A szorongáshierarchia létrehozásához a terapeutának és a kliensnek először is azonosítani kell azokat a helyzeteket, melyek szorongást váltanak ki a kliensben, majd erősség szerint elrendezni ezeket a legenyhébb szorongást kiváltó helyzettől a legerősebb felé haladva (Shapiro, 1995). Ha például a páciens retteg a nyilvánosság előtti beszédétől, a 13.3. ábrán vázolt szorongáshierarchia állítható fel számára.

13.3. ÁBRA Egyszerű szorongáshierarchia

Íme, egy tipikus szorongáshierarchia, amit a terapeuta és a páciens együtt alakíthatnak meg a nyilvánosság előtti beszéd miatt érzett félelem megszüntetésére. A terapeuta megkéri a mély relaxáció állapotában lévő páciens, hogy sorban képzelje el az alábbi helyzeteket:

1. Egy képet vagy egy videófelvételt néz arról, ahogy egy másik ember közönség előtt beszél.
2. Egy közönség előtt beszélő embert néz.
3. Felkészül egy beszédre, amit maroknyi jó barát előtt fog elmondani.
4. Bemutatkozik egy nagy csoportnak.
5. Arra vár éppen, hogy egy értekezleten vagy egy nagyobb teremben felszólaljon.
6. Bemutatkozik egy csoportnak, mint az előadást tartó személy.
7. Felmegy a pódiumra, ahol el fogja mondani a beszédét.
8. Fontos beszédet tart sok ember előtt.

Később, a deszenzitizáció során a relaxáló páciens megpróbálja minél inkább élethűen elképzelni a számára legkevésbé félelmetes helyzetet. Ha ez már diszkomfortérzet nélkül megy neki, továbbléphet a következő helyzetre. Néhány terápiás ülés után már képes szorongás nélkül elképzelni a számára legfélelmetesebb helyzetet is (Lang & Lazovik, 1963) – innen ered a *szisztematikus* jelző a módszer nevében.

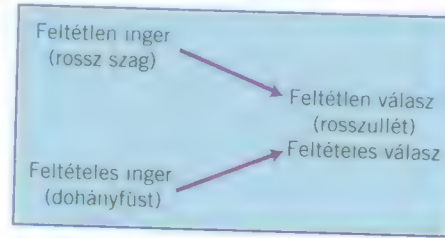
Kiderült az is, hogy Wolpe talán túlságosan is óvatos volt annak terén, hogy szorongást váltson ki a pácienseiben. A deszenzitizáció egy újabb és intenzívebb formájában ugyanis a terapeuta nem elképzelteti a pácienssel a félelme tárgyát, hanem konkrétan szembesíti azzal, például egy kígyóval vagy egy pókkal. Ez az **ingerelárasztás** módszere, ami még hatékonyabbnak tűnik, mint a szisztematikus deszenzitizáció (Barlow, 2010). Az ingerelárasztást sikerrel alkalmazták már a legkülönbözőbb fóbiák és szorongásos zavarok esetében, köztük vérhez, injekcióhoz, baktériumokhoz kapcsolódó félelmeknél is, melyek orvosi vagy fogorvosi kezeléseket lehetetlenítettek el (Dittmann, 2005).

Az elmúlt években egyes viselkedésterapeuták már a legmodernebb technikát is bevetik az ingerelárasztás során. A *virtuális valóság* segítségével a páciensek úgy kerülhetnek be a számukra félelmetes helyzetekbe, hogy pontosan tudják, valójában biztonságban vannak. A fejükre erősített sisakban lévő képernyőn az az objektum vagy környezet

meg – pókok, kígyók, zárt helyek –, melyekre a szorongásuk irányul (Winerman,

terápia A deszenzitizációs és az inger-
kondicionálás során a páciens megtanul
elkerülni azokkal az ingerekkel, melyeket
elkerülni szeretne. De mi van akkor, ha pont az
elkerülése lenne a kívánatos? Miként segít-
ezeknek, akik egy számukra vonzó,
de illegális ingert éppen elkerülni
szeretnek? Ilyen problémát jelenthetnek a dro-
ganyos szexuális viselkedések és az
alkoholos hajlamok – csupa olyan probléma,
amelyek nemkívánatos viselkedést konkrét in-
gerrel társítanak. Az averziós terápia során a
páciens elkerülni akarja a kívánatos
viselkedést, de a kívánatos
viselkedés elkerülése nem lehetséges. A terapeuta e célra alkal-
mazhat például enyhe áramütést vagy hányin-
gató gyógyszereket, mely hatások igen
hatékonyak, de alapvetően veszélytelenek a
páciens számára. Idővel az averzív ingerre adott ne-
vezetesen a **feltétlen válasz** (lásd II. kötet,
5. fejezet) összekapcsolódik a feltételes ingerrel (például a droggal), és a páciensben a
viselkedést átveszi az undor, az irtózás.

Az averziós terápia a dohányzásról leszokásban
két részből áll: az egyik, hogy a páciens folya-
matosan dohányozni kénytelen, a másik, hogy
közben valamilyen büzt (például rothadt tojás
szagú gázt) fűjnek az arcába, amitől rosszul
lesz. A rosszullet lesz az a feltételes válasz,
ami összekötődik a dohányzással.
Forrás: Wolpe, J. (1991). *The practice of behavior
therapy*. 4th ed. Boston, MA: Allyn & Bacon.
Copyright © 1991 by Pearson Education.
Engedéllyel közölve.



13.4. ÁBRA Leszokás a dohányzásról
averziós terápiával

Az averziós terápia a dohányzásról leszokásban
két részből áll: az egyik, hogy a páciens folya-
matosan dohányozni kénytelen, a másik, hogy
közben valamilyen büzt (például rothadt tojás
szagú gázt) fűjnek az arcába, amitől rosszul
lesz. A rosszullet lesz az a feltételes válasz,
ami összekötődik a dohányzással.

Forrás: Wolpe, J. (1991). *The practice of behavior
therapy*. 4th ed. Boston, MA: Allyn & Bacon.
Copyright © 1991 by Pearson Education.
Engedéllyel közölve.

Kondicionáláson alapuló viselkedésterápiák A négyéves Tyler mindannyiszor
amikor a boltban, amikor a szülei nem vettek neki édességet. Erre az ide-
gállásra operáns kondicionálás (lásd II. kötet, 5. fejezet) következtében szokott
a szülei engedtek a követelésének, és megkapta, amit akart, azaz jutalomban
részt venni. A legtöbb viselkedésprobléma – gyerekek és felnőttek esetében
erre a folyamatra, a jutalmazás-büntetésre vezethető vissza. Gondoljunk végig
milyen hasonlóságok vannak Tyler esete, a munkahelyéről notóriusan elkésző
és egy minden vizsgájára az utolsó pillanatban tanulni kezdő egyetemista
között. Ilyenfajta viselkedések megváltoztatása az operáns kondicionálás bevetését
néhány technikáját mutatjuk most be.

Kontingenciamentedzsment Tyler szülei megpróbálkozhatnak a fiuk hisztijeinek megszü-
ntetésével úgy, hogy egyszerűen nem figyelnek rá, amikor hisztizik – ami egyébként nem
könnyű feladat. Ezenfelül a terapeuta arra is megtaníthatja őket, hogy olyankor „érjék
tetten” Tylert, amikor az jól viselkedik, és ilyenkor forduljanak felé minden figyel-
mükkel – de ezt a figyelmet csak jó viselkedés esetére tartogassák. Idővel a megváltozó
kontingenciák kioltják a régi, nemkívánatos viselkedést, és segítenek rögzíteni az új,
kívánatos viselkedéseket. Ez a megközelítés a **kontingenciamentedzsmentre** példa, amikor
a következmények módosítása változtatja meg a viselkedést. Ez a módszer hatékonyan
bizonyult egészen különböző környezeti feltételek között is, mint például a családban,
az iskolában, a munkahelyen, a börtönben, a katonaságban vagy a pszichiátriai intéze-
tekben. A jutalmazás és a büntetés körültekintő alkalmazása képes enyhíteni az önká-
rosító viselkedést is autista gyerekeknél (Frith, 1997). Aki szeretné megváltoztatni egy
rossz szokását, vagy felvenni egy új szokást, kipróbálhatja a kontingenciamentedzsment
módszerét a következő *Próbáljuk ki magunk!* részben.

Zsetongazdálkodás A terápia eme különleges formáját csoportos helyzetekben lehet al-
kalmazni, például iskolai osztályokban vagy pszichiátriai intézetekben. Tekinthe-
tünk rá úgy, mint a csoportterápia behaviorista verziójára (Ayllon & Azrin, 1968; Martin
& Pear, 1999). A módszer onnan kapta a nevét, hogy műanyag zsetonok szolgálnak
jutalomként, melyekkel a terapeuta vagy a tanár azonnal megerősíti a kívánatos visel-
kedést. Egy iskolai osztályban például zsetont kaphat az a tanuló, aki képes percekig
csendben ülni a helyén, részt vesz a vitában vagy elkészül a feladatával. A későbbiekben
a zsetonokat be lehet váltani ételre, mindenféle dolgokra vagy privilégiumokra. Nem
ritka, hogy zsetonok helyett pontokat vagy játék pénzt adnak. A lényeg, hogy a kívána-
tos viselkedést követően az egyén azonnali megerősítésként kapjon valamit. Megfelelő
módosításokkal a zsetongazdálkodás jól működő módszer fejlődési rendellenességgel élő
gyerekeknél, mentális zavarokkal küzdőknél és a börtönökben is (Higgins et al., 2001).

Próbáljuk ki magunk! HOGYAN MÓDOSÍTHATJUK A SAJÁT VISELKEDÉSÜNKET?

Van olyan tulajdonság, amire
szeretnénk szert tenni? Az alábbi-
akban példaként azt nézzük meg,
miként szoktathatjuk rá magun-
kat a rendszeres testmozgásra,
de ezt a viselkedésmódosító
programot bármilyen kívánatos új
viselkedés, szokás felvételéhez,
illetve egy rossz szokástól való
megszabaduláshoz is bevethe-
tjük. Ha válaszolunk az alábbi
kérdésekre, megtudhatjuk, hogy
viselkedési perspektívából melyik
a megfelelő.

**Az alábbiak közül melyiket érde-
mes követni ahhoz, hogy kiala-
kítsunk egy új és tartós edzés-
programot? Több lehetőséget is
választhatunk, de arra figyeljünk,
hogy megfigyelhető, mérhető
viselkedést válasszunk.**

1. Az edzési célok leírása.
2. A számunkra élvezetesnek tűnő edzés típus konkretizálása.
3. A lustaság legyőzése, amikor menni kell edzeni.

4. Egy olyan „edzőtárs” találása, aki elkötelezi magát a közös sportprogram mellett.
5. Jobb kondícióba akarok kerülni.
6. Az egyes edzések időtartamának feljegyzése.
7. Jobban akarok kinézni fürdőruhában.

Válaszok

1. Ez egy mérhető viselkedés.
2. Ez egy mérhető viselkedés.
3. Ez egy szubjektív érzés, nem pedig megfigyelhető viselkedés.

4. Ez egy mérhető viselkedés.
5. Ez egy szubjektív érzés, nem pedig megfigyelhető viselkedés.
6. Ez egy mérhető viselkedés.
7. Ez egy szubjektív érzés, nem pedig megfigyelhető viselkedés.

Mikor vagy milyen körülmények segítenek az új viselkedés megvalósításában? Jelöljük be, hogy az alábbiak közül melyik a megfelelő viselkedés.

1. Pozitív hozzáállást kell kialakítani magamban, hogy hetente ötször elmenjek edzeni.
2. Hetente legalább ötször edzek.
3. Felhívom az edzőtársam, amikor nem tudok menni edzeni.

Válaszok

1. Ez nem megfigyelhető, nem mérhető viselkedés, csak gondolati szinten létezik.
2. Ez egy mérhető viselkedés.
3. Ez egy mérhető viselkedés.

Hogy a vágyott reakció valószínűségét megnövelhessük, alkalmazzunk valamilyen pozitív megerősítési terápiát. Az alábbiak közül melyik lenne számunkra megfelelő jutalom a kívánatos viselkedést követően?

1. Egy új fürdőruha vásárlása, ha sikerül hat hónapon át rendszeresen csinálni az edzésprogramot.
2. Észrevenni, hogy hat hónapnyi edzést követően mennyivel jobban nézünk ki fürdőruhában.

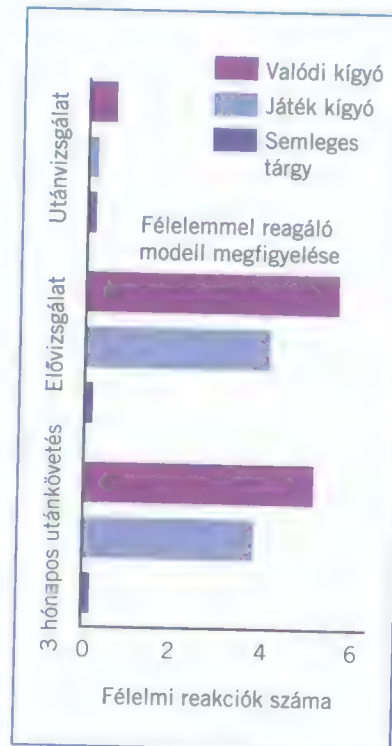
Válaszok

1. Ez egy mérhető viselkedés.
2. Ez nem egy megfigyelhető, mérhető viselkedés, csak gondolati szinten létezik.

A fejlődésről, az előrehaladásról úgy adhatunk magunknak rendszeres visszajelzést, hogy naponta feljegyezzük az új viselkedésünk eredményeit. Ehhez használhatunk naptárat vagy egy táblázatot. Egy idő után a kívánatos viselkedésünk mind gyakrabban válik, és az új szokásunk önmaga jutalma is lesz egyben, például jobb értékeink lesznek az éves orvosi vizsgálaton, vagy jobbá válnak a társas kapcsolataink (Kazdin, 1994).

A modellkövetés mint terápia Utánozó majom, szoktuk mondani, nem véletlenül pont a majmokat nevezve utánozónak. A majmok valóban képesek megfigyelés és utánzás révén például félelmi reakciókra szert tenni. Egy vizsgálat kimutatta, hogy laboratóriumban élő majmok, melyek soha korábban nem láttak kígyót, a kígyófóbia majomváltozatát produkálják, ha azt látják, hogy a szüleik félelemmel reagálnak a valódi kígyók és a játék kígyók látványára. Minél jobban „kiborultak” a majomszülők a kígyók látványától, annál erősebb félelmi reakciók jelentkeztek az utódaiknál (Mineka et al., 1984). Az utánkövetéses vizsgálat arra is fényt derített, hogy az ilyen félelem nem csak családon belül adható át. Amikor olyan majmok, melyek korábban nem ijedtek meg a kígyóktól, azt látták, hogy a velük nem rokon fajtársaik félelemmel reagálnak a kígyókra, gyorsan magukévá tették ezt a reakciót (13.5. ábra, Cook et al., 1985).

A majmokhoz hasonlóan az emberek is képesek eltanulni a félelmet mások megfigyelése révén. Terápiás célokból azonban a modelltanulást használhatjuk *egészséges* viselkedésformák elősegítésére, eltanulására. A **modellkövetés** során a kliens megfigyeli és utánazza a modellként szolgáló egyén kívánatos viselkedését. Az edzők például alkalmazzák



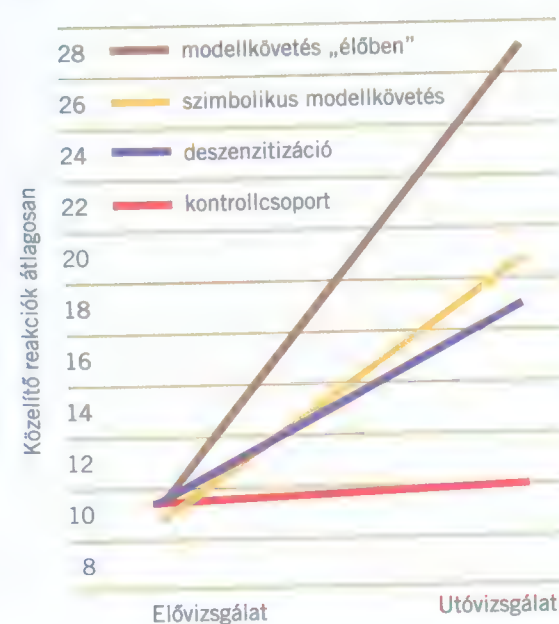
13.5. ÁBRA
Félelmi reakciók majmokról

ezt a módszert. Egy kígyófóbiát kezelni igyekvő viselkedésterapeuta például úgy lehet modell a kliens számára, hogy először közel megy egy ketrechez, amiben egy kígyó van, majd megérinti a kígyót és így tovább. A kliens ezt követően utánozza a terapeuta viselkedését, de nincs megszabott idő, ami alatt ezt meg kell tennie. Ha a terapeuta érzi az ellenállását, a kliens visszatérhet egy korábban már sikeresen teljesített szintre. Láthatjuk, hogy ez a módszer hasonló a szisztematikus deszenzitizációhoz, csak hozzáadódik a megfigyeléses tanulás fontos lépése. Valójában a modellkövetés az operáns és a klasszikus kondicionálás koncepciójából egyaránt merít.

A modellkövetés hatékonyságát a kígyófóbia megszüntetésében jól mutatja az a vizsgálat, aminek során ezt a módszert az alábbiakkal vetették össze:

1. **Szimbolikus modellezés:** az alany indirekt ingernek van kitéve, tehát megnéz egy olyan filmet vagy videót, amiben a számára ijesztő helyzettel való megküzdésre lát modellt.
2. A korábban már tárgyalt deszenzitizációs terápia: a kliensnek számára félelmetes helyzeteket, ingereket kell elképzelnie.
3. Nem történt terápiás beavatkozás (kontrollcsoport).

Ahogy a 13.6. ábrán láthatjuk, a modellkövetés volt a legsikeresebb módszer. 12 kliens közül 11 esetében lényegében megszűnt a kígyófóbia a modellkövető csoportban (Bandura, 1970).



13.6. ÁBRA Modellkövetéses terápia

A modell megfigyelését követően a páciens képes megközelíteni egy kígyót. A grafikon azt ábrázolja, milyen mértékben voltak hatékonyak az egyes terápiák, illetve a kontrollcsoport esetében milyen változás történt.

Kognitív-viselkedési terápia – részleges szintézis

Tételezzük fel, hogy érzelmi nehézségeink vannak: valahányszor a partnerünk barátságos valakivel, azonnal mardosni kezd minket a féltékenység. Jó eséllyel ez a problémánk a magunkkal és a többi emberrel kapcsolatos kognícióinkból ered („Marty el fogja szedni tőlem Terryt!”). Az ilyen gondolatok befolyásolhatják a viselkedésünket, és olyan tettekre ragadtathatnak minket, amelyek miatt végül elveszítjük a partnerünket. A terápia segíthet *mind* a kognícióink, *mind* pedig a viselkedésünk megváltoztatásában, ami jobb eredményhez vezet, mint ha csak az egyikkel foglalkoznánk.

A kognitív-viselkedési terápia egyfelől a gondolkodásra és az attitűdökre, másfelől a korábbiakban tárgyalt viselkedési stratégiákra helyezi a hangsúlyt. Ez a kettős megközelítés azon a feltételezésen alapszik, hogy a maladaptív viselkedések mögött gyakorta az énről vonatkozó irracionális állítások rejlenek. A terapeuta és a kliens ezért közösen azon dolgoznak, hogy kijavítsák az irracionális én-narratívát, megfelelő viselkedési célokat állítsanak fel, reális stratégiát dolgozzanak ki ezek elérésére, és értékeljék az eredményeket. A kliens ezen a módon meg tudja változtatni a problémákhoz való viszonyulását, fokozatosan új képességekre tesz szert, és megerősödik a magába vetett hite (Bandura, 1986, 1992; DeAngelis, 2008b; Schwarzer, 1992).

Mit gondolunk, mennyire eredményes a kognitív-viselkedési terápia?

Igazából meglehetősen sikeres terápiáról van szó, különösen a depresszió, a szorongásos zavarok, az alkoholizmus, a bulimia nervosa, a visszatérő rémálmok és a poszttraumás stressz zavar esetében jók az eredmények (Baker et al., 2008; Chamberlin, 2008). Mi több, valójában ez a terápiás irányzat egyike a pszichológia legnagyobb sikertörténeteinek. Az imént felsorolt zavarok kezelésében a kognitív-viselkedési terápia legalább annyira hatékony lehet, mint a gyógyszerelés – sőt esetenként még *hatékonyabb* is. Egyes más zavarokban, például a bipoláris zavar és a skizofrénia esetében a kognitív-viselkedési terápia és a gyógyszerek kombinációja eredményesebb, mint külön-külön e kétféle kezelési mód bármelyike.

Racionális-emocionális terápia A kognitív-viselkedési terápia egyik legismertebb típusa a sokoldalú és hírhedt pszichológus, Albert Ellis (1987, 1990, 1996) nevéhez fűződik, aki az önsorsrontó gondolati mintázatokról igyekezett megszabadítani a pácienseit. Ellis ezt a racionális-emocionális terápia révén igyekezett elérni, ami a nevét onnan kapta, hogy a módszer lényege bizonyos „irracionális” hiedelmek és viselkedések megkérdőjelezése.

Milyen irracionális hiedelmekre kell gondolni itt, és hogyan vezetnek ezek maladaptív érzésekhez és cselekvésekhez? Ellis szerint az ilyen hiedelmekkel élők az életüket nem reális értékekre és elérhetetlen célokra alapozzák. Ezek a „neurotikus” célok és értékek olyan, a valóságtól elrugaszkodott elvárásokra sarkallják őket, mint hogy *mindig* sikeresnek kell lenniük, *mindig* elismerésben kell részesülniük, *mindig* igazságosan kell velük bánni, és a tapasztalatainknak *mindig* kellemesnek kell lenniük. (A leggyakoribb irracionális hiedelmeket a *Próbáljuk ki magunk! A saját hiedelmeink felülvizsgálata* részben ismertetjük.) Ilyen például, ha úgy gondoljuk, hogy „muszáj” ötösre vizsgáznunk matekból, vagy egy órát mindennap edzéssel „kell” töltenünk. Ha pedig nem sikerül megfelelniük ezeknek az irracionális céloknak, vélte Ellis, és csak ritkán kérdőjelezzük meg a negatív belső monológ létjogosultságát, az oda vezethet, hogy ezek a hiedelmek átveszik az irányítást a tetteik felett, vagy akár meg is akadályozhatják, hogy az illető neki tetsző és megfelelő életet válasszon. Aki belekezd a racionális-emocionális terápia-

azt a terapeuta megtanítja felismerni a fenti feltételezéseit, megkérdőjelezni ezek racionalitását, és a hibás elképzeléseket megfelelőbbekkel helyettesíteni. Ne terheljük magunkat agyon „muszájokkal”, figyelmeztet Ellis.

Biztosan mindenki kíváncsi rá, hogyan kezelné egy kognitív-viselkedési terapeuta Freud rögeszmés páciensét.

Első lépésként a kognitív megközelítésnek megfelelően megkérdőjelezné a lány irracionális hiedelmeit. Ezt követően a viselkedését venné elő; tanítana neki relaxációs technikákat, melyeket az esti lefekvéshez készülődve kellene alkalmaznia. Ezek a technikák azután helyettesíthetnék a rögeszmés rituálét. Az is valószínű, hogy a terapeuta együttműködne a szülőkkel is, segítene nekik elsajátítani azt a viselkedést, hogy ne jutalmazza a lányukat a figyelmükkel, ha elkezd a rituálét.

Ami a depressziós Dereket illeti, egy kognitív-viselkedési terapeuta valószínűleg a *gondolkodási* hibáira mutatna rá – például hogy túl sokat vádolja magát, és hogy konstruktívabb tervekre kellene összpontosítania –, ami végső soron ahhoz vezetne, hogy megváltozna, ahogyan Derek érzi magát, és ahogyan cselekszik. Peter Lewinsohn és munkatársai arra az eredményre jutottak, hogy a depresszió sok esetben hatékonyan kezelhető ilyen kognitív-viselkedési terápiával (Lewinsohn et al., 1980, 1990; Lewinsohn & Gottlib, 1995). Ez a kezelési mód több helyen is megakasztja a depressziós ciklust azáltal, hogy megtanítja a páciensnek, miként változtasson reménytelen, tehetetlen gondolkodásmódján, miként küzdjön meg adaptív módon a kellemetlen helyzetekkel, és hogyan jutalmazza magát gyakrabban.

Próbáljuk ki magunk! A SAJÁT HIEDELMEINK FELÜLVIZSGÁLATA

Tulajdonképpen egyértelmű, hogy az alábbi hiedelmek egyike sem egészséges, de Albert Ellis szerint mégis sok ember gondolkodásában tetten érhetők. Ha őszintén válaszolunk az alábbiakra, kiderül, miként érzünk valójában önmagunk iránt.

1. Engem mindenki szeressen és értékeljen.
2. Muszáj kompetensnek, alkalmasnak és eredményesnek lennem.
3. Kész katasztrófaként élelem meg, ha a dolgok nem a szerintem megfelelő módon történnek.
4. A boldogtalanság forrásai felett nincs kontrollom.
5. Az embereknek mindenkor igazságosan és méltányosan kell bánniuk egymással; akik

nem így tesznek, rossz, szörnyű népek.

6. Folyvást készenlétben kell állnom a veszélyek miatt, nehogy a dolgok rossz irányt vegyenek.
7. Az élet csupa-csupa probléma és gond, és mindig nekem kell gyors megoldást találnom ezekre.
8. Könnyebb nem foglalkozni a problémáimmal és a felelősségeimmel, mint szembenézni velük.
9. A múltbéli kellemetlen élményeim nagy hatással voltak rám, a jelenlegi érzéseimet és cselekedeteimet is nagyban befolyásolják.
10. A boldogságot már azzal is elérhetem, ha csak minden nap jól érzem magam. A jövő gondoskodik önmagáról.

Ellis nézőpontja szerint a fenti állítások mind irracionális hiedelmekben gyökereznek, melyek mentális problémák okozói lehetnek. Minél több állításban ismerünk rá a saját gondolkodásunkra, annál több „irracionális” hiedelmünk van. Ellis racionális-emocionális terápiájának középpontjában az áll, hogy segíteni kell a páciensnek felismerni azokat az irracionális hiedelmeit, melyek „az örületbe kergetik”. Amelyik diák például inkább bulizással tölti az idejét, mintsem tanulna a vizsgáira, annak a gondolkodásában jó eséllyel jelen van a 8. hiedelem. Aki pedig depresszióba esik, mert nem kap meg egy munkát, annak a 3. hiedelem keseríti meg az életét. Ellis terápiás rendszeréről többet is megtudhatunk a könyveiből.

Pozitív pszichoterápia Derek valószínűleg alkalmas jelölt lenne a kognitív-viselkedési terápia egy viszonylag új típusára. A **pozitív pszichoterápia** (PPT) kifejlesztése Martin Seligman nevéhez kötődik. A humanistákhoz hasonlóan Seligman és a többi pozitív pszichológus úgy tekint missziójára, mint egyensúlyra a jobbára a mentális zavarokat hangsúlyozó negatív pszichológiai attitűd és a saját, fejlődésre, növekedésre és boldogságra épülő szemléletmódjuk között. Seligman és a hozzá hasonlóan gondolkodók számára tehát természetes volt, hogy a depresszió problémáját is pozitívan közelítsék meg (Seligman et al., 2006). A humanistáktól eltérően azonban a pozitív pszichológia megközelítése nagyrészt kognitív-viselkedési, amiben hangsúlyos szerep jut a tudománynak.

Derek a PPT során és Lewinsohn terápiás ülésein is valószínűleg inkább érezte magát diáknak, mint páciensnek. A terapeuta például valószínűleg adna neki „házi feladatot”, mondjuk azt, hogy minden este, lefekvés előtt szedjen össze három jó dolgot, ami aznap történt vele, és azt is gondolja végig, miért mentek jól ezek a dolgok. Derek megtanulna a pozitív érzéseire fókuszálni, építő módon reagálni másokra, és több örömet találni a munkájában és a magánéletében. És hogy mennyire hatékony a pozitív pszichoterápia? Seligman és csoportja többtucatnyi páciensnél alkalmazta már a módszert, és az elsődleges eredmények szerint lényegesen nagyobb mértékben sikerült enyhíteniük a depressziót, mint a hagyományos terápiákkal vagy az antidepresszánsokkal (Seligman et al., 2006).

A tudatműködés megváltoztatása formálja az agyat is Agyi képzővizsgálatok kimutatták, hogy a kognitív-viselkedési terápia nem csupán az emberek gondolkodását, tudati működését változtatja meg, de magát az agyat is (Dobbs, 2006b). Az egyik vizsgálatban a rögeszmés-kényszeres páciensek – akik például folyamatosan azon aggódtak, hogy bezárták-e az ajtót, vagy le sem merték venni a kesztyűjüket a baktériumok miatt – kognitív-viselkedési terápián vettek részt (Schwartz et al., 1996). Ennek során megtanulták, hogy ha rájuk tör a sürgető kényszer, hogy például hazarohanjanak és ellenőrizzék, bezárták-e az ajtót, ezt az érzést rögeszmének vagy kényszernek címkézzék magukban, azaz nem racionális aggodalomnak. Ezt követően megtanulták, hogy „kivárják”, amíg a késztetés elmúlik, ne engedjenek neki, és körülbelül negyedórát foglalkoznak el magukat valamilyen más tevékenységgel. Pozitronemissziós tomográfiával kimutatták: ez a módszer idővel oda vezet, hogy az agy azon területei, melyek a sürgető félelem során aktivizálódtak, fokozatosan kevésbé aktívvá váltak.

Ebből a vizsgálatból is látszik, milyen nagy utat tett meg a pszichológia azokhoz az időkhöz képest, amikor még arról folyt a vita, vajon a gondolatok és a viselkedés az öröklődés vagy a környezet termékei-e. A kognitív-viselkedési terápia a bizonyíték rá, hogy a tapasztalás képes megváltoztatni a viselkedés mögött meghúzódó biológiai folyamatokat.

A pszichoterápiák értékelése

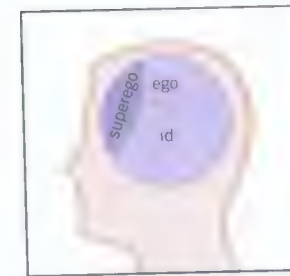
Most, hogy megismerkedtünk számos különböző pszichoterápiával (13.7. ábra), vegyük kicsit távolabbról szemügyre, mennyire hatékonyak ezek a terápiák.

Gondoljuk végig: *miként állapíthatnánk meg objektíven, hogy egy terápia valóban működik-e?* Az alábbiakból kitűnik, hogy erre a kérdésre nem tudunk mindig egyértelmű választ adni (Kopta et al., 1999; Shadish et al., 2000).



Viselkedésterápiák

Az egyénen kívüli dolgokkal operálnak: jutalmazás, büntetés, környezeti tényezők révén kívánják elérni az egyén viselkedésének megváltoztatását.



Pszichodinamikus terápiák

Céljuk, hogy az egyén tudatában érjenek el változásokat, elsősorban tudattalan szinten.



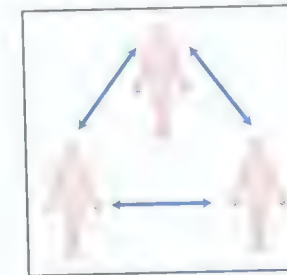
Humanisztikus terápiák

Céljuk annak megváltoztatása, ahogyan a páciens látja magát és a kapcsolatait.



Kognitív terápiák

Céljuk a páciens gondolkodásának és észlelésének megváltoztatása.



Csoportterápiák

Az emberi interakciók megváltoztatását célozzák.



Biomedikális terápiák

Gyógyszerekkel, elektromágneses kezeléssel vagy műtétrel igyekeznek az agyban szerkezeti vagy funkcionális változásokat elérni.

13.7. ÁBRA A különböző pszichoterápiák összehasonlítása

Számos bizonyíték mutat arra, hogy akik terápián vettek részt, azok többségének ez pozitív tapasztalat volt. Ez derült ki például a fogyasztóvédelemmel foglalkozó Consumer Reports (1995) felméréséből is, amit több ezren töltöttek ki. A válaszadók értékelhették, mekkora segítséget jelentett nekik a terápia, mennyire voltak elégedettek azzal, ahogyan a terapeuta a problémájukat kezelte, milyen mértékben változott az „általános érzelmi állapotuk” a terápiát követően, illetve arra is választ adtak, hogy milyen típusú terápián vettek részt. Az alábbi eredmények születtek:

- A terápia működik – azaz segít a páciensnek megszüntetni vagy enyhíteni a pszichés problémáit.
- A hosszú távú terápia jobb a rövid távúnál.
- A terápia minden formája nagyjából ugyanolyan hatékony a problémák enyhítése tekintetében (Jacobson & Christensen, 1996).

Ez azonban nem jelenti azt, hogy csak mert az embereknek tetszik egy terápia, vagy mert segített nekik, hatékonynak is nevezhetjük (Hollon, 1996). Az ilyesfajta vallomások nem számítanak tudományos bizonyítéknak, ezért tartják szükségesnek a pszichológusok, hogy egy terápia hatásosságát *kísérleti csoporttal és kontrollcsoporttal* (lásd I. kötet, 1. fejezet) dolgozó tudományos vizsgálatokkal támasszák alá. Fordítsuk tehát figyelmünket a terápiák hatékonyságát kontrollált körülmények között elemző vizsgálatok felé, melyek közül az egyik nagyon felzaklatta a pszichológusokat.

A pszichoterápiák feleslegesek? A pszichoterápia hatásosságának kérdése 1952-ben került az érdeklődés homlokterébe, amikor a brit pszichológus, Hans Eysenck kinyilatkoztatta, hogy a nem pszichotikus mentális zavaroktól szenvedő emberek kétharmada két éven belül felépül, *akár kap pszichoterápiát, akár nem*. Eysenck erre utaló bizonyítékai számos olyan vizsgálat áttekintéséből származtak, melyek terápiában részesülő, illetve várólistán lévő páciensek mentális állapotának kimeneteleit hasonlították össze. Megállapította, hogy a terápiára várakozók állapota ugyanolyan arányban javult, mint azoké, akik részt is vettek terápián. Ez látszólag azt jelentette, hogy a pszichoterápiának lényegében semmi haszna sincs! Terapeuta körökben mindennek enyhén szólva nem örültek, de Eysenck megállapításának lett egy igen produktív következménye: számos kutatás indult a terápiák hatékonyságáról.

A tudomány visszavág A gyarapodó számú vizsgálati eredmények nagyobb lélegzetű áttekintéseit 1970-ben kezdték publikálni (Meltzoff és Kornreich), majd 1975-ben (Luborsky et al.) és 1977-ben (Smith és Glass) jelentek meg erről jelentések. A mintegy 375 vizsgálatot felölelő áttekintések két fő konklúzióra jutottak:

- Eysenck érzékelhetően túlbecsülte a terápiában nem részesülő kontrollcsoportok tagjainak állapotában bekövetkező javulást.
- A terápia ezért hatékonyabb, mint a terápia hiánya – mindenki nagy megkönnyebbülésére!

Fokozatosan kibontakozott hát a pszichoterápiákat támogató tudományos konszenzus (Meredith, 1986; VandenBos, 1986). Számos mentális zavart illetően bebizonyosodott, hogy sok, bevált orvosi kezelési gyakorlathoz képest a pszichoterápia legalább olyan jó vagy még jobb eredményt képes elérni (Wampold, 2007). Mi több, a kutatások arra is kezdenek fényt deríteni, hogy a pszichoterápiák nem csupán a nyugati társadalmakban (például az USA-ban vagy Kanadában és Európában) hatékonyak, hanem világszerte a legkülönbözőbb kulturális környezetekben élők köreiben is (Beutler & Machado, 1992; Lipsey & Wilson, 1993).

Új kérdések De az új vizsgálatok új kérdéseket is felvetettek:

- Egyes terápiák jobbak, mint mások?
- El lehet dönteni, melyik terápia a legalkalmasabb egy konkrét zavar kezelésére?

Egy Smith és Glass nevéhez fűződő vizsgálat (1977) szerint mindkét kérdésre *igen* a válasz. Ők azt találták, hogy számos szorongásos zavarnál a viselkedésterápiák előnyösebbek a belátásorientált terápiáknál. Korábban már említettük, hogy már szilárd bizonyítékok támasztják alá a kognitív-viselkedési terápiák hatékonyságát depresszió, szorongásos zavarok, bulimia nervosa és számos más mentális zavar kezelésében. Ezen túlmenően újabb vizsgálatok szerint a belátásorientált terápiák olyan problémák esetén is hatékonyan bevetethetők, mint a házassági problémák, a depresszió, de még egyes nehezen kezelhető személyiségzavarok is (Shedler, 2010). Egyértelmű trend rajzolódik ki, ahol a konkrét állapotokhoz konkrét terápiák rendelődnek.

Végül pedig szeretnénk megjegyezni, hogy a különböző pszichoterápiák hatékonyságának megítélésekor fontos annak felismerése, hogy a siker nem feltétlenül jelent „gyógyulást”. Előfordul, hogy némi javulás a legtöbb, amire számíthatunk. Skizofrénia, szellemi sérültség vagy autizmus esetén például a pszichoterápiák már akkor hatékonyan ítéltethetők, ha az érintettek adaptívabb viselkedésformákra tesznek szert és boldogabb életéről számolnak be (Hogarty et al., 1997).

[PSZICHOÜGYEK]

Általában hol jutnak az emberek segítséghez?

Manapság már nemigen kérdőjelezi meg senki, hogy a pszichoterápiák számos problémára hatékony megoldást kínálnak. Ismét hangsúlyoznunk kell viszont, hogy a *mentális distresszt tapasztalók többsége nem fordul profi terapeutához a problémájával*, inkább a közösségük tagjaitól kérnek segítséget (Wills & DePaulo, 1991). Mentális problémáik miatt az emberek elsősorban a barátaiktól, a vallási vezetőjüktől, a fodrászuktól, a törzskocsmájuk pultosától és az életük egyéb olyan szereplőitől várják a megoldást, akivel bizalmas kapcsolatot ápolnak. Tény, hogy bizonyos problémák – mondhatni, az élet legtipikusabb problémái – megoldásában egy támogató barát épp olyan hatékony segítséget képes nyújtani, mint egy képzett terapeuta (Berman & Norton, 1985; Christensen & Jacobson, 1994).

Nézzük a dolgot egy másik szemszögből: a legtöbb mentális probléma nem a DSM-5-ben ismertetett zavarok valamelyike. A pszichés nehézségek sokkal inkább olyan, mindannyiunkat érintő helyzetek eredményei, mint a munkahely elvesztése, a párkapcsolati problémák, a gyereknevelés, a megromló barátságok, a halálesetek stb. Röviden, mindazok a családi-szociális helyzetek, melyek zűrzavarral, zavarodottsággal, döntési helyzetekkel, stresszel és veszteséggel járnak. Az ilyen nehézségekkel szembesülő embereknek nincs szükségük intenzív pszichoterápiára, gyógyszerekre vagy bármilyen más, speciális kezelésre, beavatkozásra. Nekik olyasvalakire van szükségük, aki segít átvergődni a problémahalmon. Ez sok esetben azt jelenti, hogy olyasvalakihez fordulnak, mint amilyenek mi is vagyunk.

Mit tehetünk, ha valaki segítségért fordul hozzánk?

1. Először is, nem szabad elfelejteni, hogy bizonyos típusú problémák azonnali szaksegítség igényelnek, például az öngyilkossággal fenyegetőzés, vagy annak

jele, hogy az illető veszélyes lehet magára vagy másokra. Ilyen esetekben ne habozunk szakemberhez fordulni.

2. Azt is fontos észben tartani, hogy a legtöbb pszichoterápiás módszer speciális képzést igényel, különösen azok, melyek kognitív-viselkedési technikákkal vagy pszichodinamikus interpretációkkal dolgoznak.

Mindenkit biztatunk, hogy igyekezzen minél többet megtudni ezekről a módszerekről, ugyanakkor csak azt tudjuk javasolni, hogy az alkalmazásukat bizzuk szakemberre. Egyes más technikák azonban tulajdonképpen csak az emberi kapcsolatok kiterjesztésének számítanak, egyfajta „mentális elsősegélynek”, melyeket bárki átlagember képes alkalmazni. Az alábbiakra gondolunk:

Odafigyelő hallgatás: ha csak meghallgatunk valakit, azzal ritkán tévedhetünk.

Előfordul, hogy a distressztől szenvedőnek csupán arra van szüksége, hogy meghallgassa valaki. Ahhoz ugyanis, hogy érthetően elmondhassa, mi nyomja a lelkét, rendeznie kell magában az információt. Így hát, aki rendszeresen beszél a problémáiról, az maga is megtalálhatja rájuk a megoldást. Meghallgató, odafigyelő félként pedig egyfajta pótszülői szerepet veszünk fel, és visszajelzéseket adunk: bólogatunk, érdeklődést kifejező jelzéseket adunk, elismételjük az elhangzottakat, időnként közbekezdünk, hogy pontosíthassuk a részleteket. Ahogy a személyközpontú terápiánál láthattuk, az odafigyelő hallgatás azt üzeni a beszélőnek, hogy a másik érdeklődéssel és *empátiával* fordul felé. Ugyanakkor érdemes ellenállni a kísértésnek, és nem osztogatni kéretlen tanácsokat. A tanácsokkal ugyanis elveszjük a másiktól a lehetőséget, hogy maga dolgozzon a saját problémája megoldásán.

Elfogadás: a személyközpontú terápiát végző szakemberek ezt *ítélkezésmentes attitűdnek* nevezik. Azt értik alatta, hogy elfogadjuk a személyt és a problémáját olyanak, amilyen, illetve hogy tartózkodunk a megdöbbenés, az undor vagy a szájalom kifejezésétől, ami nem igazán teremtené megfelelő légkört a problémamegoldáshoz.

Lehetséges alternatívák felderítése: a stresszes ember nem feltétlenül képes többféle megoldásban is gondolkodni, ezért segíthetünk neki felderíteni az általa vázolton kívül más lehetséges megoldásokat is, és végiggondolni ezek következményeit. (Arra is rámutathatunk, hogy az is egy választási lehetőség, ha *nem tesz semmit*.) Azt azonban ne feledjük: a döntés végső soron nem a mi kezünkben van, hanem az övében.

Ezek az alapvető segítő technikákon kívül már a képzett terapeuták világa kezdődik. Ismét csak szeretnénk felhívni rá a figyelmet, mennyire nem ajánlott rajtuk kívül bárkinek is a fejezetben ismertetett pszichoterápiás módszerek kipróbálása depresszió, fóbiák, szorongásos zavarok vagy a DSM-5-ben ismertetett bármely komoly pszichés zavar esetén.

Minden világos?

1. A viselkedéses (behaviorista) tanulás milyen formáján alapul az *ellenkondicionálás*?
2. A vacsoráról folyton elkéső gyerek viselkedését a *kontingenciamentes* módszerrel úgy változtatjuk meg, hogy
 - a. az ételt a büntetéssel kapcsoljuk össze.
 - b. a gyerek megfigyelheti, hogy egy időben érkező családtag ezért jutalomban részesül.
 - c. nem adunk neki vacsorát a késés miatt.
 - d. megkérjük a gyereket, hogy relaxáljon, és képzelje el, amint időben hazaér vacsorára.
3. Mi a pszichoanalízis elsődleges célja? Miben különbözik a pszichoanalízis a viselkedési vagy a kognitív terápiáktól?
4. Carl Rogers névéhez fűződik a _____ technika, ami abban segíti az embereket, hogy világosabban lássák, miként gondolkodnak. Ennek során a terapeuta rendszeresen elismétli, amit a kliens mond.
5. Melyik az a terápia, aminek során közvetlenül megkérdőjelezzük a páciens önsorsrontó és irracionális gondolatait?
6. Eysenck nagy felzúdulást keltett pszichológus körökben azon állításával, hogy azok állapota, akik pszichoterápiában részesülnek, _____
7. A főbiákat a legeredményesebben ... lehet kezelni, míg annak eldöntésében, hogy milyen szakra menjen valaki, inkább a ... segíthet.
 - a. viselkedésterápia/belátásorientált terápia
 - b. kognitív terápia/pszichoanalízis
 - c. belátásorientált terápia/viselkedésterápia
 - d. humanisztikus terápia/viselkedésterápia

Helyes válaszok: 1. Klasszikus kondicionálás 2. c. 3. A pszichoanalízis célja a páciens tudattalanjában elfojtott problémák, elsősorban a traumátikus emlékek, beteljesületlen vágyak és tudattalan konfliktusok felszínre hozása és megoldása. 4. Tükrözés 5. Racionális-emotionális viselkedésterápia 6. ... nem javul gyakrabban, mint akik egyáltalán nem járnak terápiára 7. a, d

13.3. KULCSKÉRDÉS

Hogyan alkalmazzák a biomedikális módszereket a pszichés zavarok kezelésében?

A tudat működése finomra hangolt biológiai egyensúly eredménye. Ezt az egyensúlyt sok minden felboríthatja: gének, hormonok, enzimek, az anyagcsere, balesetek vagy betegségek miatt bekövetkező sérülések. Amikor valami félresiklik az agy működésében, az abnormális viselkedési mintázatokban vagy szélsőséges kognitív és érzelmi reakciókban ölthet testet. A biomedikális terápiák arra tesznek kísérletet, hogy a mentális zavarokat közvetlenül az agyra hatva igyekezzenek orvosolni.

13.4. Központi fogalom

A biomedikális terápiák a gyógyszerekkel az agy biokémiai folyamataira, műtétekkel az agyi idegműködésre, vagy elektromos vagy erős mágneses hatást gyakorló terápiák segítségével az agyi aktivitásra hatnak.

A biomedikális terápiák mindegyike a mentális működés orvosi modelljén alapszik, ami szerint a mentális zavarok szervi alapúak, és úgy kezelendők, mint bármely más betegség. Kezdjük vizsgálódásunkat a pszichoaktív gyógyszerek világában!

Gyógyszeres terápiák

A mentális zavarok kezelésének történetében semmit sem fogadtak olyan kitörő örömmel, mint azon gyógyszerek felfedezését, amelyek képesek voltak megnyugtatni a szorongó pácienseket, javítani a depressziós betegek hangulatán, és elnyomni a pszichotikus hallucinációit. E bátor, új terápiás irányzat kezdeteit 1953-ra tehetjük: ekkor dobták piacra az első antipszichotikumokat (hétköznapi nevükön „nyugtatókat”). Ezeket a szereket széles körben kezdték használni, hatásukra sok kezelhetetlen, erőszakos beteget mintha kicseréltek volna: megnyugodtak, együttműködővé és szociálissá váltak. Rajtuk kívül sok téveszmékkel és hallucinációkkal küzdő beteg is a gyógyszerek hatására reakcióképesé vált mind a fizikai, mind a szociális környezetére.

A gyógyszeres kezelések hatékonysága óriási hatással volt az USA pszichiátriai intézményeire is. 1955-ben több mint félmillió amerikai élt ilyen intézményben, általában éveket töltöttek ezeken a helyeken. A gyógyszerek megjelenésével az intézetben élők száma drasztikusan csökkenni kezdett. Alig tíz év alatt a pszichiátriai intézetben élők száma lényegében megfeleződött, az átlagos tartózkodási idő pedig néhány hónapra esett vissza.

A gyógyszeres terápia már régóta nem korlátozódik a pszichiátriai intézményekre, hanem része lett a mindennapoknak. Jelenleg sokmilliónyi ember szed gyógyszert szorongás, stressz, depresszió, hiperaktivitás, álmatlanság, fóbiák, rögeszmék, kényszerek, függőség és számos egyéb probléma miatt. Egyértelmű, hogy a gyógyszerek alapjaiban változtattak meg mindent.

De pontosan milyen csodaszerekről van szó?

Valószínűleg mindenki hallott már a Prozacról és a Valiumról, de ez csak két gyógyszer a hangulatszabályozó, a percepciót, és talán még az alapvető személyiségvonásokat is módosítani képes szerek széles palettájáról. Jelenleg az alábbi csoportokba soroljuk a pszichés hatású gyógyszereket:

- antipszichotikumok;
- antidepresszánsok és hangulatjavítók;
- szorongáscsökkentők;
- stimulánsok.

Antipszichotikumok Ahogy a nevük is mutatja, az antipszichotikumok a pszichózis tüneteit enyhítik: a téveszméket, hallucinációkat, az „emberkerülést” és a nyugtalanságot (Dawkins et al., 1999). A legtöbb oly módon hat, hogy csökkenti a dopamin nevű neurotranszmitter hatását az agyban – azt azonban nem tudjuk pontosan, ennek miért van antipszichotikus hatása. Például a *klórpromazin* (a Thorazine hatóanyaga) és a *haloperidol* (Haldol) nevű hatóanyagokról tudott, hogy blokkolják a szinapszisoknál lévő dopaminreceptorokat. Egy újabb fajta antipszichotikum, a *klozapin* (Clozaril) pedig egyfelől a dopaminaktivitást csökkenti, másfelől fokozza a szerotonin nevű neurotranszmitter hatását, ami szintén gátló hatást fejt ki a dopaminrendszerre (Javitt & Coyle, 2004; Sawa & Snyder, 2002). Ezek a szerek az agy minden területén kifejtik a hatásukat, de nem csupán „megnyugtadják” a pácienszt. Csökkentik a skizofrénia pozitív

tüneteit (hallucinációk, téveszmék, érzelmi káosz és felajzott viselkedés), de nemigen hatnak a sok páciensnél megfigyelhető negatív tünetekre, mint az emberkerülés, a gondolkodás követhetlensége, és az elégtelen figyelmi terjedelem (Wickelgren, 1998a). Az utóbbi években újabb gyógyszerek kerültek piacra, de egy nemrégiben készült vizsgálat szerint ezek a „második generációs” antipszichotikumok semmivel sem hatékonyabbak, mint a régebbiek (Lieberman et al., 2005; Rosenheck et al., 2006).

Sajnos az antipszichotikumok tartós szedésének lehetnek mellékhatásai, megfigyeltek például agyi elváltozásokat (Gur & Maany, 1998). A legaggasztóbb mellékhatás a **tardív diszkinézia**. Ez a motoros kontroll egyfajta gyógyíthatatlan zavara, ami elsősorban az arcizmokat érinti. Bár egyes újabb szerek, például a klozapin, szelektívebb dopamingátlók, ezért kevesebb motoros mellékhatásuk van, de ezek is okozhatnak komoly mellékhatásokat.

Felmerül a nehezen megválaszolható kérdés, hogy ezek tükrében megéri-e vállalni az antipszichotikumokkal járó kockázatot. A rizikót mindig annak fényében kell mérlegelni, mennyire súlyos az adott páciens állapota, milyen mértékű szenvedést okoznak neki a tünetei.

Antidepresszánsok és hangulatjavítók A gyógyszeres terápiás lehetőségek közül számos, a depresszió és a bipoláris zavar kezelését célzó készítményt találunk. Ahogy a többi pszichoaktív szerről, úgy az antidepresszánsokról és hangulatjavítókról sem állíthatjuk, hogy „meggyógyítanak” a pácienseket. A szedésük azonban sok depressziós vagy bipoláris embernél eredményez nagy fokú életminőség-javulást.

Antidepresszánsok Az antidepresszánsok három nagy csoportjának mindegyikére jellemző, hogy bizonyos, elsősorban norepinefrin és szerotonin neurotranszmitterrel „működő” agyi útvonalakon közlekedő jelek „felerősítése” révén fejtik ki a hatásukat (Holmes, 2001).

1. A *triciklikus antidepresszánsok* (például a Tofranil és Elavil) gátolják a szinaptikus jelátvitelhez kibocsátott neurotranszmitterek *visszavételét* (lásd I. kötet, 2. fejezet) az agyi idegsejtekbe.
2. A *szelektív szerotonin-visszavétel gátlók* (SSRI-k) csoportjába olyan jól ismert gyógyszerek tartoznak, mint a Prozac (hatóanyaga a fluoxetin). Mint a nevük is mutatja, ezek a szerek a *szerotonin* (lásd I. kötet, 2. fejezet) visszajutását gátolják az idegsejtekbe, így a szerotonin hosszabb ideig elérhető marad, ami meghosszabbítja a szerotonin hatását, javítva ezzel a páciens hangulatát (Hirschfeld, 1999; Kramer, 1993).
3. A harmadik csoportot a *monoamin-oxidáz (MAO-) gátlók* alkotják. Ezek a MAO-enzim működését gátolva akadályozzák a szinapszisokban a norepinefrin lebontását, így a norepinefrin hosszabb ideig marad elérhető a *szinaptikus résben* (lásd I. kötet, 2. fejezet) az idegi üzenetek továbbítása céljából.

Érdekes módon a legtöbb páciens arról számol be, hogy legalább két hétbe telik, mire az antidepresszánsok hatni kezdenek, és a depresszió köde kezd eloszlani. Két kutatási irány is választ kínál rá, mi lehet ennek az oka:

- Az egyik vizsgálatban a népszerű antidepresszánt szedő páciensek már néhány órán belül jelentősen erősebb reakciót mutattak a pozitív ingerekre, bár összességében depresszív hangulatuk javulása sokkal lassabban ment csak végbe (Harmer et al., 2009). A kísérletet végző tudósok szerint a gyógyszerek visszafordították a páciensek „negatívan torzító” interpretációit az érzelmi történelekről, így képessé váltak arra, hogy a világot szebb fényben lássák. A hangulati javulás azonban nem történik meg egyik pillanatról a másikra, mert a pácienseknek időre van szükségük ahhoz, hogy alkalmazkodjanak a pozitívabb szemlélethez (Harmer & Pariante, 2012; Makin, 2014).
- A másik kutatás szerint állatkísérletekben az antidepresszánsok stimulálták az idegsejtek növekedését a hippocampusz (lásd I. kötet, 2. fejezet) területén, márpedig ez is időigényes folyamat. Azt senki sem tudja pontosan, miként vehet részt a hippocampusz a depresszióban, de ez a vizsgálat egy másik érdekes eredményt is hozott: a stressz lassítja az agy ezen részén az új neuronok képződését – a depresszióról pedig úgy véljük, stresszre adott válasz lehet (Santarelli et al., 2003).

Az öngyilkosság kockázata a depresszió kezelésében különösen hangsúlyos. A legtöbb orvos egyetért abban, hogy a gyógyszerek csökkentik az öngyilkosság valószínűségét (Bower, 2007; Harmer & Pariante, 2012). Ugyanakkor egyes vizsgálatok szerint pont a depresszió ellen használt gyógyszerek kiválthatnak vagy felerősíthetnek öngyilkos gondolatokat, különösen a terápia első néhány hetében, főleg gyerekek és serdülők esetében (Bower, 2004). Az egyik beszámoló szerint viszont ez a rövid távon megnövekedett kockázat elég kicsi, kevesebb, mint 1 százalék (Bridge et al., 2007). Látható, hogy jelen pillanatban eléggé zavaros a kép, mindenesetre az Élelmiszerbiztonsági és Gyógyszerfelügyeleti Hatóság (Food and Drug Administration, FDA) minden szakembert elővigyázatosságra int a gyógyszerek felírásakor (Bower, 2006b; Jick et al., 2004).

Az SSRI-k ellentmondásos megítélése *Listening to Prozac* című könyvében (1993) a pszichiáter Peter Kramer, aki a nevezett gyógyszer lelkes támogatója, azt írja, hogy a Prozac nem csupán a depresszió kezelésére alkalmas, de segít megküzdenni a társas élet nehézségeivel és az elutasítástól való félelemmel is. Az ilyen állítások meglehetősen indulatos reakciókat váltanak ki azokból a terapeutákból, akik attól tartanak, hogy a gyógyszerek csak elfedik a pszichés problémákat, melyekkel az érintetteknek szembe kellene nézniük, és megoldást találni rájuk. Egyesek attól félnek, hogy az antidepresszánsok széleskörűen elterjedt használata olyan változásokat generál a népesség egy széles rétegének személyiségstruktúrájában, melyek kellemetlen társadalmi következményekkel járnak (Breggin & Breggin, 1994; Sleek, 1994). Tény, hogy több embernek írnak fel antidepresszánsokat, mint ahányat klinikai depresszióval diagnosztizálnak (Coyne, 2001). A probléma különösen égetőnek tűnik az egyetemeken és a főiskolákon, ahol egyre több diák szed antidepresszánsokat (Young, 2003). Jelenleg senki sem tudja, milyen potenciális veszélyekkel járhat, ha az agy kémiai állapota hosszú távon nagyszámú ember esetén megváltoztatják.

Az is aggodalomra ad okot, hogy egy másik beszámoló szerint az antidepresszánsokat övező felhajtás legalább annyit nyom a latban a használatuk melletti „érvként”, mint az agyra gyakorolt tényleges hatásuk. Az FDA adatai szerint vizsgálatok kimutatták, hogy az antidepresszánsok pozitív hatásairól szóló vizsgálati eredményeket sokkal

nagyobb valószínűséggel publikálják, mint azokat, amelyek nem találnak bizonyítékot a gyógyszerek hatékonyságára. Mert bár e szerek jobban teljesítenek a placebóknál, a jelentések szerint a hatásukat eltúlozza a pozitív eredményeket bemutató publikációk felülreprezentáltsága (Turner et al., 2008).

Hangulatjavítók A lítium – lítium-karbonát formájában – nagymértékben hatékony hangulatjavítónak bizonyult a bipoláris zavar kezelésében (Paulus, 2007; Schou, 1997). Nem csupán antidepresszánsként vált be, hanem az érzelmi spektrum mindkét szélsőségére csillapítóan hatott: csökkentette a hangulati ingadozásokat, melyek egyébként vagy a kontrollálhatatlan hiperaktivitás, vagy a mély depresszió állapotában tartották az érintetteket. Sajnálatos módon a lítiumnak van egy komoly hátránya: nagy mennyiségben mérgező. A biztonságos terápiás dózist úgy állítják be, hogy a páciens egy vagy két héten keresztül kis adag lítiumot kap, így érve el a szervezetben a terápiás mennyiséget, majd rendszeresen érvizsgálaton kell átesnie, nehogy a lítium koncentrációja veszélyes szintet érjen el. Öröndetes fejlemény, hogy a kutatók ígéretes alternatívát találtak a lítium helyett (Azar, 1994; Walden et al., 1998). A *divalproex-nátrium* nevű anyagot (a Depakote hatóanyaga) eredetileg az epilepszia kezelésére fejlesztették ki, de bipoláris zavar kezelése terén a legtöbb páciens esetében hatékonyabbnak bizonyult a lítiumnál, és kevesebb veszélyes mellékhatása van (Bowden et al., 2000).

Szorongáscsökkentők A hétköznappal járó stressz és szorongás enyhítésére amerikaiak milliói szednek barbiturát vagy benzodiazepin alapú szorongáscsökkentőket.

- A barbiturátok a központi idegrendszer működését elnyomó hatásuk révén képesek nyugtatóként hatni. Túl nagy adagban vagy alkohollal együtt fogyasztva azonban veszélyes szerek.
- A benzodiazepinek (például Valium vagy Xanax) ezzel ellentétben a GABA nevű neurotranszmitter aktivitásának fokozása, és ennek következtében a szorongás érzésében fokozott szerepet játszó agyi régiók aktivitásának csökkentése révén fejtik ki a hatásukat. Hívják őket „enyhe nyugtatóknak” is.

Sok pszichológus van azon a véleményen, hogy a szorongáscsökkentőket az antidepresszánsokhoz hasonlóan túl gyakran írják fel olyan problémák kezelésére, melyekkel inkább szembe kellene nézniük az érintetteknek. Mindazonáltal a szorongáscsökkentők hasznosak lehetnek azoknak, akiknek egy konkrét szorongáskeltő helyzettel kell megküzdeniük, például műtét vár rájuk. Az alábbiakat mindenképpen érdemes észben tartani ezekkel a szerekkel kapcsolatban (Hecht, 1986):

- Hosszú távon alkalmazva mind a barbiturátok, mind a benzodiazepinek testi és pszichés függőséget okozhatnak (Holmes, 2001; Schatzberg, 1991).
- Mivel erőteljes hatást gyakorolnak az agyra, ezeket a szereket nem szabad a hétköznappal járó stressz miatt érzett szorongás csökkentésére használni.
- Szélsőséges mértékű szorongás enyhítésére is csak néhány napig lenne szabad szorongáscsökkentőket szedni. Ennél hosszabb használat esetén orvosi felügyelet

mellett, fokozatosan szabad csak csökkenteni az adagot. Hirtelen abbahagyás esetén elvonási tünetek jelentkezhetnek, például rángások, reszketés, hasi és izomgörcsök.

- Mivel a szorongáscsökkentők gátolják a központi idegrendszer egyes részeinek működését, ronthatják a vezetési, gépkezelési képességeket, vagy bármilyen olyan feladat végrehajtására való képességet, ami éberséget, odafigyelést igényel (ilyen a tanulás és a vizsgázás is).
- A szintén központi idegrendszeri depresszánsként ható alkohollal vagy altatókkal együtt fogyasztva a szorongáscsökkentők eszméletvesztéshez és halálhoz vezethetnek.

Végül pedig azt is meg kell említenünk, hogy egyes antidepresszánsok hatékonyak bizonyultak olyan szorongásos zavarok tüneteinek az enyhítésében is, mint a pánikzavarok és az agorafóbia, valamint a rögeszmés-kényszeres zavarok. (Egy modern pszichiáter valószínűleg antidepresszánsokat írna fel Freud rögeszmés páciensének.) Mivel ezen problémák gyökere az alacsony szerotoninszintben keresendő, az olyan gyógyszerek, mint a konkrétan a szerotoninműködésre ható Prozac, jobb hatást válthatnak ki.

Stimulánsok A koffeintől az amfetaminon át a kokainig minden olyan szer a **stimulánsok** vagy serkentők csoportjába tartozik, ami izgatottságot, hiperaktivitást vált ki. Azt már tudjuk, hogy a **narkolepszia** (lásd II. kötet, 8. fejezet) kezelésében a stimulánsok például hasznosak lehetnek. Ugyancsak alkalmazzák őket figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD) esetén. Elsőre furcsának tűnhet, hogy pont serkentőket (például Ritalint) írjanak fel hiperaktív gyerekeknek, de a stimulánsok alkalmazását a viselkedésterápiákkal és a placebóval összevető vizsgálatok szerint a stimulánsok hatékonyak (American Academy of Pediatrics, 2001; Meyers, 2006). Bár a pontos hatásmechanizmus nem ismert, ez azért lehet, mert fokozzák a dopamin, a glutamát és/vagy a szerotonin elérhetőségét az agyban (Gainetdinov et al., 1999).

A stimulánsok használata az ADHD kezelése terén meglehetősen heves vitákat gerjesztett (O'Connor, 2001). Az ellenkezések egy része természetesen abból fakadt, hogy nem tudták, ezek a szerek egyértelműen nyugtató hatással vannak az ADHD-s gyerekekre. Mások megalapozottabb aggodalmaknak adtak hangot. Egyes gyerekeknél ugyanis ezek a szerek megzavarják az alvás normális ritmusát, ezenkívül bizonyíték van rá, hogy a stimulánsokkal végzett terápia lassíthatja a gyerekek növekedését (National Institute of Mental Health, 2006). Más jogos aggodalmak annak a veszélynek szólnak: nehogy minden viselkedési problémás gyerekre ráfogják, hogy ADHD-s, és gyógyszerrel próbálják kezelni (Smith, 2002a). Végül pedig a kritikusok azt is felvetették, hogy a gyerekeknek adott stimulánsok megágyazhatnak a későbbi szerhasználatnak (Daw, 2001). Szerencsére újabb vizsgálatok kimutatták, hogy a kognitív-viselkedési terápia a stimulánsokhoz hasonlóan eredményes kezelési formát jelent ADHD esetén (Sinha, 2005). Ami pedig még öröndetesebb, véli sok szakértő, hogy a kognitív-viselkedési terápia és a stimulánsok *kombinált terápiája* még hatékonyabb.

A gyógyszeres terápiák értékelése Az 1950-es években újukra induló gyógyszeres terápiák számos súlyos mentális zavar kezelését forradalmasították. Addig csak a beszélgetésen alapuló terápiák, a hospitalizáció, az elzárás, az „elektrosokk” és a lobotómia álltak a szakemberek rendelkezésére. Természetesen az eddig kifejlesztett gyógyszerek egyike sem képes „gyógyítani” egyik mentális zavart sem, csupán oly módon változtatják meg az agyi biokémiát, aminek eredményeképpen enyhülnek a tünetek.

Mennyire jogos hát a gyógyszerek iránti lelkesedés? Az idegkutató Elliot Valenstein szerint (1998) ha közelebbről megvizsgáljuk a gyógyszeres terápiákat, fontos kérdések merülnek fel (Rolnick, 1998). Valenstein szerint a mentális zavarok gyógyszeres kezelésébe vetett hit nagyjából a gyógyszerek reklámozásán nyugszik. Úgy véli, a gyógyszeres kezelés széles körű elfogadását a gyógyszeripar termékei agresszív reklámozásával érte el. Különösen aggasztó az a jelenség, hogy az orvosok milyen könnyedén írnak fel gyógyszereket gyerekeknek is, noha számos gyógyszer gyerekekre gyakorolt hatását és biztonságosságát nem is vizsgálják (K. Brown, 2003a).

Kevesen kérdőjelezik meg, hogy bizonyos állapotok – például bipoláris zavar és skizofrénia – kezelésében a gyógyszerek megfelelő terápiának számítanak. Más esetekben azonban a gyógyszeres terápia nyilvánvaló előnyei kimerülnek a gyors eredményben és az alacsony költségekben. Egyes kutatások ráadásul kétségeket fogalmaznak meg a leegyszerűsítő, csak az időt és a költségeket figyelembe vevő feltételezésekkel szemben. Kimutatták, hogy például a depresszió, a szorongásos és az evészavarok kezelésében a kognitív-viselkedési terápia – magában vagy gyógyszeres kezeléssel kiegészítve – egyszerre hatékonyabb és gazdaságosabb, mint a csak gyógyszeres terápia (Clay, 2000; Smith, 2012). A bizonyítékok dacára azonban a pszichoterápia visszaszorult az utóbbi években, talán mert a gyógyszermarketing óriási erővel tör előre (Nordal, 2010; Olfson & Marcus, 2010).

A pszichés zavarok egyéb orvosi terápiái

A *Los Angeles Times* „Egy jól irányzott lövéssel orvosolta pszichés zavarát” címmel hozta le annak a 19 éves férfinak a történetét, aki egy 22-es kaliberű pisztollyal próbált öngyilkosságot elkövetni, de túlélte a kísérletet. A súlyos rögeszmés-kényszeres zavarban szenvedő fiatal fejbe lőtte magát, a golyó a homloklebeny egy részét roncsolta, aminek eredményeképpen a mentális tünetei megszűntek, a szellemi képességei viszont sértetlenek maradtak.

Persze senkinek sem javasoljuk a terápia eme drasztikus formáját, de ez az eset jól illusztrálja az agyra gyakorolt konkrét fizikai beavatkozások lehetséges hatását. Az alábbiakban röviden áttekintjük a gyógyszeres terápiák mellett még létező két másik olyan orvosi lehetőséget, amelyek az agy szerkezeti és funkcionális megváltoztatására irányulnak. Ez a két módszer a pszichosebészet és az agy direkt stimulációja.

Pszichosebészet A sebészek régóta próbálkoznak a mentális zavarok gyógyításával annak révén, hogy megszüntetik a kapcsolatot az agy két adott része között, vagy eltávolítanak kisebb darabokat az agyból. Manapság a pszichosebészet módszereit végső esetre tartogatják, de az ez irányú próbálkozások legalább a középkorig nyúlnak vissza, amikor a koponyát felnyitó sebészek az „örület követ” keresték az agyban, hogy azt eltávolítva próbálják meggyógyítani a beteget. (Természetesen ilyen kő nem létezik, soha nem is létezett, ráadásul az alkoholon kívül semmiféle érzéstelenítő nem állt akkoriban rendelkezésre a műtétekhez.)

A modern idők legismertebb pszichosebészeti eljárása a mostanra kegyvesztetté vált *prefrontális lobotómia*. Ezt a módszert egy portugál pszichiáter, Egas Moñiz^{*} fejlesztette ki. Lényege, hogy műteti úton megszüntetik az összeköttetést a *homloklebeny* és a mély agyi struktúrák, főként a *talamusz* és a *hipotalamusz* (lásd I. kötet, 2. fejezet) között. Ilyesmi történt, csak véletlenül, a korábban már említett Phineas Gage-dzsel (lásd I. kötet, 2. fejezet) aki teljes személyiségváltozáson esett át, miután egy vasrúd keresztülment a fején. Moñiz első megműtött betegei agitált skizofrén betegek, illetve rögeszmés és szorongó páciensek voltak. A drasztikus műteti beavatkozást követően ezeknél az embereknél drámai mértékben csökkent az agitáció és a szorongás. Ugyanakkor a műtét visszafordíthatatlanul elpusztította a személyiségük alapvető aspektusait: elvesztették az érdeklődésüket önmaguk és a környezetük iránt, nem tudtak többé előre tervezni, nem érdekelte őket mások véleménye, szellemileg és érzelmileg sivárrá váltak, megszűnt a koherens én-érzetük. Nincs tehát semmi meglepő abban, hogy amikor az 1950-es években megjelentek az antipszichotikumok, melyek végletes agykárosodás kockázata nélkül ígérték a pszichotikus tünetek kontrollálását, a lobotómiának leáldozott (Valenstein, 1980).

Napjainkban is végeznek még pszichés okokból agyműtéteket, de sokkal precízebb és bizonyítottan hatásos eljárásokra kell gondolni, melyeket nagyon jól körülírt agyi problémák kezelésére használnak. Például az agyat „kettévágó” műtét során átvágják a *corpus callosum* (lásd I. kötet, 2. fejezet) idegrostjait, amivel az epilepszia bizonyos típusai esetén csökkenteni tudják az életveszélyes görcsrohamok számát, viszonylag kevés mellékhatás árán. Akkor is a műtét lehet a megoldás, ha ismeretlen okból fájdalmat érez a beteg. Jelenleg azonban nem létezik olyan diagnózis a DSM-5-ben, amit rutinszerűen agyi műtéttel kezelnének.

Agyi stimulációs terápiák Az agy elektromos stimulációja, az **elektrokonvulzív terápia** (EKT) manapság is széles körben alkalmazott terápiás módszer, különösen azoknál a súlyosan depressziós betegeknél vetik be, akik nem reagálnak sem a pszichoterápiára, sem a gyógyszeres kezelésre. (Emlékezzünk vissza, hogy a pszichológus azt mondta Dereknek, az ő esetében nincs szükség elektrokonvulzív terápiára.) A beavatkozás során rövid ideig (tizedmásodpercig vagy legfeljebb egy másodpercig) 75–100 voltos erősségű elektromos árammal ingerlik a páciens agyát, az egész eljárás jellemzően nem tart egy percnél tovább. A pácienseket rövid hatóidejű barbituráttal „altatják el” erre az időre, illetve izomlazítókat kapnak. Az eszméletlenség mellett ez azzal is jár, hogy minimalizálhatók az izmok görcsös összehúzódásai (Abrams, 1992; Malitz & Sackheim, 1984). Alig félóra múlva a páciens már magánál is van, és semmiféle emléke nem marad vissza a kezeléssel vagy az azt előkészítő eseményekről.

Működik az agyi stimuláció? Bár kegyetlen dolognak tűnik áramot vezetni a koponyán keresztül egy ember agyába, vizsgálatok szerint az EKT hatékony terápia lehet a depresszió kezelésében, különösen az öngyilkos hajlamokat mutatóknál, ahol gyorsabb eredményre vezető közbelépésre van szükség, mint ami pszichoterápiával vagy gyógyszerrel elérhető (Lilienfeld & Arkowitz, 2014; Shorter & Healy, 2007). A depresszió

tünetei gyakran már 3–4 napos kezelést követően enyhülnek, míg gyógyszeres kezeléssel erre az eredményre 1–2 hétig kell várni.

Bár a legtöbb klinikumban dolgozó szakember megfelelő végrehajtás mellett biztonságos és hatékony módszernek tartja az elektrokonvulzív terápiát, kritikusan viszont felő, hogy a módszerrel visszaélhetnek, a nem együttműködő páciensek megbüntetésére lehet használni (Butcher et al., 2008; Holmes, 2001). Másoknak az jelent okot az aggodalomra, hogy nem igazán ismerjük az EKT hatásmechanizmusát, egyetlen elfogadható elmélet sincs arra vonatkozóan, miért képes az enyhe áramhatás enyhíteni a depresszió tüneteit, bár egyes vélemények szerint az áramütés az idegsejtek növekedését stimulálja az agyban, különösen a *hippokampusz* területén.

A legaggasztóbb jelenség talán az, hogy az elektrokonvulzív terápia emlékezetvesztést okozhat (Breggin, 1979, 1991). A módszer támogatói szerint ez azonban viszonylag ritka jelenség, a legtöbb páciens esetében pár hónap alatt teljes mértékben helyreáll a memória működése (Calev et al., 1991). Az ilyen és hasonló aggodalmak miatt a National Institute of Mental Health alaposan megvizsgálta az EKT alkalmazását, és 1985-ben mentális zavarok egy szűk rétege, például a súlyos depresszió kezelésére alkalmasnak találta. 1990-ben aztán az Amerikai Pszichiátriai Társaság is valid kezelési módszernek ismerte el a technikát.

Hogy még a rövid távú mellékhatásokat is a lehető legkisebbre szorítsák, az EKT-t általában csak a jobb agyféltekén alkalmazzák, így küszöbölve ki a beszédkárosodás kockázatát.

Egy ígéretes új terápiás módszer, ami az agy mágneses mezővel történő stimulálásán alapszik, emlékezetvesztés nélkül kínálja az EKT előnyeit. A **transzkraniális mágneses stimuláció** (TMS) során nagy erejű mágneses stimulációnak teszik ki az agy meghatározott részeit. Vizsgálatok szerint a TMS hatékony lehet nem csupán a depresszió, de a skizofrénia és a bipoláris zavar kezelése terén is (George, 2003; Weir, 2013). Mivel az elektrokonvulzív kezeléstől eltérően a TMS-hez nem szükséges a páciens szédálása, és nem okoz görcsöket, a kutatók abban bíznak, hogy a módszer az EKT biztonságos alternatíváját fogja jelenteni.

Az eddigi vizsgálatok szerint a TMS-sel kezelt súlyos depressziós páciensek 35–40 százaléka tapasztalta a tüneteinek enyhülését, és a jótékony hatás hónapokon keresztül kitartott (George et al., 2013). Ez az eredmény ugyanolyan jó, vagy még jobb is, mint az antidepresszánsokkal elérhető javulás. A kutatók reményei szerint a TMS és a kognitív-viselkedési terápia kombinálása még hatékonyabb lehet.

A neurológus Helen Mayberg számolt be a mély agyi stimuláció alkalmazásáról. Ennek során műteti úton egy mikroelektrodát ültetnek az agyba, ami folyamatosan elektromos ingerekkel stimulálja a homloklebeny meghatározott régióit. Dr. Mayberg az eljárást egyfajta agyi pacemakerhez hasonlította, ami a depresszió kordában tartásának megfelelő eszköze lehet (Gutman, 2006; Price, 2009). Bár a módszer még nem széles körben elterjedt, Mayberg szerint az eredmények nagyon biztatóak (Mayberg et al., 2005). Nem gondolja úgy, hogy ez az eljárás kiválthatná az egyéb terápiás módszereket, de a súlyos depresszióban szenvedő, más módszerekre nem reagáló pácienseknek az utolsó reménysugarat jelentheti.

* A sors fintora, hogy Moñizt végül lelőtte egy elégedetlen páciense, aki a vártól kevésbé szelídült meg a műtét hatására. Előtte azonban még orvosi Nobel-díjat kapott 1949-ben.

A kórházi kezelés és annak alternatívái

Említettük, hogy egykoron a mentális problémákkal küzdőknek létrehozott kórházak egyfajta menedékek voltak, ahová az érintettek elmenekülhettek a hétköznapi élet jelentette nyomás elől – és amely intézmények sokszor egész jó hatással voltak ezekre az emberekre (Maher & Maher, 1985). Ám a 20. századra ezek az intézmények túlszűfolt helyekké váltak, melyek a legjobb esetben is csak egyfajta „lerakatként” működtek azon mentálisan zavart emberek számára, akiknek nem volt máshova menniük. A tehetős emberek nemigen kerültek be ilyen helyekre, ők inkább magánúton vettek igénybe ellátást, például pszichoterápiát (Doyle, 2002a).

Az 1950-es évek előtt még nem léteztek a mentális zavarok kezelését és a pszichiátriai intézményeket is forradalmasító gyógyszerek. Az intézmények lakóit kényszerzubbonyra, bezárással, időnként lobotómiával próbálták kezelni. Ugyan a sok beteget ellátó állami fenntartású intézményekben a pszichoterápiának egyfajta gyenge pótlékként „csoportterápiát” tartottak, de az egész osztálynak, akár ötven embernek egyszerre. Túl sok volt a páciens, túl kevés az orvos, ráadásul túl kevés idő jutott a terápiára, ami miatt annak kevés vagy semmiféle haszna nem volt.

Az elmeegógyintézetek felszámolása és a közösségi ellátás Az antipszichotikumok megjelenése óriási változásokat hozott. A gyógyszerekre jól reagáló páciensek ezreit bocsátották el az elmeegógyintézetekből, és a továbbiakban járóbeteg-ellátás keretein belül kezelték őket. A deinstitutionalizálás vagy **intézménytelenítés** célja az volt, hogy a lehető legtöbb páciens térhessen vissza a saját közösségébe, ahol a – remélhetőleg – ismerős és támogató közeg jó hatással lesz az állapotukra. Az elképzelés népszerűvé vált a politikusok körében is, akik pénznyelőként tekintettek a mentális intézményekre (melyekben, minő véletlen, főként nem szavazó emberek éltek). Az 1970-es évekre az a konszenzus alakult ki a politikusok és a mentális egészség szakemberei között, hogy a kezelés fő fókuszát a pszichiátriai intézményekről és kórházakról közösségi szintre kell visszahelyezni. Ez azt jelentette, hogy mind a pszichoterápiás, mind pedig a gyógyszeres kezelések végzése járóbeteg-gondozás keretében valósult meg, a gyógyulófélben lévő betegek családi körben, nevelőcsaládoknál és kis lakóotthonokban folytatták életüket. Ez az elképzelés **közösségi alapú mentális ellátás** néven vált ismertté.

Sajnos a valóság nem volt partner a szép eszmék megvalósításában (Doyle, 2002a; Torrey, 1996, 1997). A közösségi alapú mentális ellátás központi intézményeinek szánt klinikák csak ritkán kapták meg a megfelelő költségtámogatást. A pszichiátriai intézetekből, kórházi osztályokról kikerültek ugyan a krónikus betegek, de sok esetben olyan közösségbe tértek vissza, ahol nem álltak rendelkezésre megfelelő terápiás lehetőségek, vagy olyan családokba kerültek, melyek nem voltak felkészülve az ellátásukra (Smith et al., 1993). Ennek eredményeképpen a mentális problémákkal küzdők a pszichiátriai intézmények helyett az általános kórházak pszichiátriai osztályait kezdték megtrölni. A következmény: az Egyesült Államokban a mentális egészségügyi kiadásokból továbbra is a kórházak költik el a legnagyobb összeget (Kiesler, 1993; U.S. Department of Health and Human Services, 2002).

Az előző bekezdésben festett sötét kép ellenére a közösségi alapú mentális ellátás ötletének vannak sikertörténetei is. Miután áttekintett tíz olyan vizsgálatot, melyekben a mentális kezelésre szoruló pácienseket random módon kórházi vagy közösségi alapú

kezelésben részesítették, Kiesler arra a megállapításra jutott (1982), hogy az érintettek nagyobb arányban mutattak javulást az utóbbi módszer alkalmazásakor – amennyiben ezek a programok egyáltalán elérhetőek voltak. Ezenkívül a közösségi alapú programokban segítséget kapók a későbbiek során kisebb valószínűséggel szorultak kórházi kezelésre. Ha tehát ezek a programok megfelelő forrásokkal rendelkeznek, nagy hatékonysággal képesek működni (McGuire, 2000).

Hogyan juthatnának többen terápiához? Láthattuk, hogy meglehetősen sok, bizonyítottan hatékony terápiás kezelési lehetőség áll rendelkezésünkre. Másfelől viszont nagyságrendekkel több embernek lenne szüksége kezelésre, mint amennyit aktuálisan el tudunk látni (Clay, 2012). A probléma részben arra vezethető vissza, hogy nincs elég pszichológus, pszichiáter, szociális munkás és szakasszisztens. Az is gondot jelent, hogy mintegy 60 millió amerikai olyan környéken él, ahonnan nem könnyű eljutni egy mentális egészségügyi szolgáltatóhoz. De hála az internetnek és a telefonnak, a „telegyógyászat” megoldást jelenthet (Novotney, 2011; Stambor, 2006; Winerman, 2006c): a pszichológusok és a többi szakember így gyorsan kapcsolatba tud lépni vidéki pácienseivel, válaszolhatnak a kérdéseikre, még terápiás ülést is tarthatnak így.

E programok azonban még mindig csak keveseket érnek el azok közül, akiknek pedig segítségre lenne szükségük. Emiatt vélik úgy Alan Kazdin és Stacey Blasé (2011) pszichológusok, hogy a pszichoterápia teljes megújítására van szükség. Mindenkit arra figyelmeztetnek, hogy a jelenlegi kezelési módszerekkel – tehát hogy egy terapeuta kezel egy embert –, legyenek bármily hatékonyak is, soha nem tudjuk kielégíteni az igényeket. Teljesen új kezelési és finanszírozási rendszerre van szükség, amivel sokkal több embernek válik elérhetővé a terápia. Ez nem csupán a teleterápiás programok kiterjesztését jelenti, de nagyobb hangsúlyt kell fektetni a megelőzésre, leküzdvé a kezeléseket útjában álló rasszbeli, etnikai és nyelvi, illetve az olyan konkrét akadályokat is, mint a közlekedési nehézségek, a gyermekfelügyelet, és a megfelelő biztosítás megléte. Manapság ezek megoldása jelenti a pszichoterápiák terén a legnagyobb művészetet.

[PSZICHOÜGYEK]

Mikor milyen típusú terápiát javasoljunk?

Miután megismerkedtünk mind a pszichoterápiás, mind pedig a biomedikális kezelési lehetőségekkel, képzeljük el, hogy egy barátunk megosztja velünk a személyes problémáit, és azzal a kéréssel fordul hozzánk, hogy segítsünk neki megfelelő terapeutát találni.

Mit felelünk erre a kérésre?

Először is, mi magunk is meghallgathatjuk őt, elfogadással fordulhatunk felé, és rávilágíthatunk a lehetséges megoldási alternatívákra. Az is lehet, hogy a barátunknak nincs is ennél többre szüksége. De ha szeretne terápiára járni, vagy a helyzet láthatóan szakértő segítséget igényel, a mentális zavarokról és a lehetséges terápiákról szerzett tudásunkkal segíthetünk neki eldönteni, melyik terápia lehet neki a leginkább megfelelő. Hogy megkönnyítsük a döntést, eláruljuk, hogy minden hozzáférő terapeuta képes felismerni, ha egy kliensnek nem az ő szakértelmére van szüksége, és a megfelelő terápiát végző kollégájához irányítani őt.

Milyen kérdéseket kell feltennünk?

Az alábbiakban felsorolunk pár kérdést, melyekre érdemes választ találni, mielőtt adott típusú terápiát javasolnánk a barátunknak.

- **Szükség van orvosi kezelésre?** Bár senkinek sem javasoljuk, hogy a maga szakálára kezdjen diagnosztizálni, azt azért érdemes végiggondolni, hogy komoly mentális problémára kell-e gyanakodnunk, például pszichózisra, mániára vagy bipoláris zavarra, ezért szüksége van-e a barátunknak orvosi képzettségű szakemberre, például pszichiáterre. Ugyancsak szakorvosi segítségre lehet szükség, ha narkolepsiára, alvási apnoéra, epilepsiára, Alzheimer-kórra vagy bármely olyan problémára gyanakszunk, amelynek biológiai alapja van. Ha a gyanúnk megerősítést nyer, a kezelésnek a pszichoterápia mellett a gyógyszerek is a részei lehetnek.
- **Fennáll valamilyen konkrét viselkedési probléma?** Például a barátunk a pókokkal vagy a repüléssel szemben érzett erős félelmétől szeretne megszabadulni? Egy kezelhetetlen gyerek jelenti a problémát? Szexuális gondjai vannak? Depressziós – de nem pszichotikus? Ha így van, valószínűleg a viselkedési vagy a kognitív-viselkedési terápia egy tanácsadóval vagy egy klinikai pszichológussal jelentheti a legjobb megoldást. (A pszichiáterek és más szakorvosok általában nem képzettek ezeken a terápiás területeken.) Fel is lehet hívni egy szóba jöhető terapeuta rendelőjét, és rákérdezni a szakterületeire és a képzettségére.
- **A csoportterápia hasznos lehet?** A csoportterápia sokaknak jelenthet olyan tudást, segítséget és támogatást, amelyet nem kaphatnának meg egy terapeutától, de a csoport többi tagjától igen. Az ilyen terápiák különösen hatékonyak a félénkséggel, az asszertivitási problémákkal és a függőségekkel, illetve az emberi kapcsolatok terén komoly kihívásokkal küzdők esetében. (Az már csak hab a tortán, hogy a csoportterápiák általában olcsóbbak, mint az egyéni terápiák.) A csoportterápiákat tartó szakemberek lehetnek pszichológusok, pszichiáterek, szociális munkások egyaránt. Itt is olyan szakembert érdemes választani, akinek megvan a megfelelő képzettsége ezen a területen, és akit ajánlanak a korábbi klienseik.
- **A probléma gyökere a stressz, a zavarodottság, egy döntési probléma?** A legtöbb ember nem sorolható be egyértelműen a fenti kategóriák egyikébe sem. Sokkal gyakoribb, hogy abban van szükségük segítségre, hogy úrrá lehessenek az életüket uraló káoszon, mintázatot találjanak és tervet kovácsolhassanak arra, miként küzdhetnének meg a zűrzavarral. Ha így van, a belátásos terápiákkal megy a barátunk a legtöbbre.

Figyelmeztetés

Tudunk már annyit az emberi biológiáról, viselkedésről és mentális folyamatokról, hogy bizonyos dolgokat inkább igyekezzünk elkerülni. Különösen ezekre gondolunk:

- **Kerülendő gyógyszeres kezelés.** A tartósan stresszes életet élőknek túlságosan gyakran írnak fel enyhe nyugtatókat (szorongáscsökkentőket). Mivel azonban e

szerek függőséget okozhatnak, ráadásul szedatív hatásuk van, csak rövid ideig lenne szabad szedni őket – ha ugyan egyáltalán. Egyes orvosok szintén nem sokat foglalkoznak az altató hatású gyógyszerek veszélyeivel álmatlanságtól szenvedő pácienseik esetében. Ezek legális szerek, de túlzott mennyiségben történő felírásuk magában hordozza annak lehetőségét, hogy a páciens függővé váljon, ráadásul a gyógyszerelés megakadályozza a problémát eredetileg okozó körülmények megváltoztatását.

- **Kerülendő tanácsok és interpretációk** A pszichodinamikus terápia hasznos lehet, de vannak olyan terapeuták, akik az indulatkezelés kapcsán téves tanácsokat adhatnak. A hagyományos freudi hiedelem szerint az erőszakos, dühös viselkedésnek mélyen gyökerező agresszió az oka, amit ki kell eresztetni valahogyan. Csakhogy a kutatások szerint ha indulatos viselkedéssel, például egy párna püfölésével vagy ordítással vezet le valaki az agresszióját, az pont hogy megnöveli a későbbi agresszív viselkedés valószínűségét.

Mindezt észben tartva a barátunk sokféle terapeutával léphet kapcsolatba, hogy kiderüljön, melyik kezelési mód vagy módszerek illeszkednek a legjobban az ő problémájához és a személyiségéhez.

Minden világos?

1. Ha pszichiáterek lennénk, milyen típusú gyógyszert írnánk fel egy figyelemhiányos hiperaktivitással (ADHD) diagnosztizált páciensnek?
2. A gyógyszerek melyik típusa blokkolja az agyban a dopaminreceptorokat? Melyik típus fokozza a szerotoninhatást?
3. Nevezzük meg a mentális zavarok három medikális terápiáját, köztük azt is, amit ma már

hatástalansága és veszélyes volta miatt nem alkalmaznak.

4. A közösségi alapú mentális ellátás célja a páciensek _____
5. Soroljunk fel három olyan orvosi kezelési módot, melyek az agyműködés közvetlen megváltoztatását célozzák!

Helyes válaszok: 1. Stimulánsokat 2. Az antipszichotikumok blokkolják az agyban a dopaminreceptorokat. 3. Elektrokonzulzív terápia, gyógyszeres kezelés és prefrontális lobotómia, utóbbit már nem használják. 4. Elmeegyházi kezelésből való elbocsátása, vagy az intézménytelenítése. 5. Barmenagéses stimuláció. 6. Elektrokonzulzív kezelés, pszichoszéres kezelés, elektrokonulzív kezelés, transzkranális

13.4. KULCSKÉRDÉS

Hogyan vethetjük össze a pszichoterápiákat és a biomedikális kezeléseket?

Miután alaposan körüljártuk a pszichoterápiákat és az orvosi kezeléseket is, ideje megvizsgálni, melyik megközelítés a legjobb. Az alábbiakból kiderül, hogy a kérdésre adandó válasz mindig az adott mentális probléma függvénye. De mielőtt végigvennénk pár fajsúlyosabb mentális zavar kezelésének mikéntjét, ki kell tértünk pár olyan hatásra, melyek megnehezítik az orvosi és a pszichoterápiák összevetését.

Láthattuk, hogy a pszichológusok és a pszichiáterek régóta huzakodnak azon, mi a mentális zavarok kezelésének legjobb módja. A vita részben a pénzről és a szakmai fennhatóságról szól: ki kezelheti a mentális zavarokban szenvedőket, és kinél landol az erre kifizetett pénz? A nagy gyógyszeripari cégek, melyeknek mindez dollármilliárdos üzletet jelent, szintén meghatározó szerepet játszanak a helyzet alakításában. Ha egyetlen pillantást vetünk az orvosi receptre felírható gyógyszerek reklámhadjáratára, felmérhetjük, milyen kőkemény üzleti háborút folytatnak ezek a cégek. Az egymással ütköző érdekek és az ellentétes irányokból egyszerre érkező nyomás miatt az orvosi és a pszichoterápiákra irányuló kutatások egymással nagyjából párhuzamosan folynak, mindkét oldal a saját módszerét reklámozza, míg a másiktól igyekszik tudomást sem venni. Sajnos ez azt jelenti, hogy viszonylag kevés olyan összehasonlító kutatás áll rendelkezésre, amely az orvosi és a pszichoterápiák együttes alkalmazását célzó **kombinált terápiák** hatékonyságát igyekezne felmérni.

Ezek után vizsgáljuk meg, hogyan is lehetne dönteni egy adott pszichés zavar esetén a rendelkezésre álló orvosi és pszichoterápiás kezelések közül. Ehhez nyújt iránymutatást soron következő központi fogalmunk:

13.4. Központi fogalom

Bár a pszichoterápiák és a biomedikális kezelések kombinációja sok esetben eredményesebb, mint az egyik vagy a másik önálló alkalmazása, a legtöbb olyan páciens, akinek „életviteli vagy élethelyzeti problémái” vannak, a pszichoterápiára reagál a legjobban.

A pszichés gondokkal küzdők túlnyomó többségének problémája nem esik bele a DSM-5-ben megtalálható egyik kategóriába sem, de attól még szükségük van pszichológiai tanácsadásra vagy pszichoterápiára, hogy átlendüljenek életük nehéz periódusain. Másfelől viszont a DSM-5-ben szereplő számos jól ismert zavar, mint a skizofrénia vagy a depresszív zavarok, az orvosi és a pszichoterápiás módszerek kombinálásával kezelhetők a leghatékonyabban. Kezdjük ezek vizsgálatát a skizofréniával.

A skizofrénia kezelése

Amióta több mint ötven évvel ezelőtt megjelentek a piacon az antipszichotikumok, a skizofrénia kezelésének első vonalbeli eszközeivé váltak. A skizofrénia nem „gyógyítható”, de gyógyszerekkel enyhíthetők a tünetei, és sok páciensnél jelentős életminőség-javulás érhető el velük. Az azonban jól látszik, hogy önmagukban a gyógyszerek nem annyira hatékonyak, mint különböző támogató terápiákkal és támogató környezettel együtt.

A kiegészítő kezelések, mint a családterápia, a szociális képességek javítását célzó vagy a munkaterápia, lehetőséget adnak a pácienseknek arra, hogy ismét kapcsolatba kerüljenek a közösség más tagjaival. De egészen a legutóbbi időkig a hagyományos pszichoterápiák nem sok eredményt tudtak felmutatni a skizofrénia kezelése terén. Az utóbbi néhány évben azonban a kognitív-viselkedési terápia képviselői is megpróbálkoztak a skizofrénia kezelésével, mégpedig biztató eredményekkel – még olyan pácienseknél is, akik nem reagáltak a gyógyszeres kezelésre (McGurk et al., 2007; Rector & Beck, 2001).

A depresszió és a szorongásos zavarok kezelése

A fluoxetin hatóanyagú Prozac a világ leggyakrabban felírt gyógyszere. A többi SSRI-gyógyszerrel együtt 10 milliárd dolláros üzletet jelent a depresszió kezelésében (Bower, 2006b). Ráadásul az antidepresszánsokat gyakorta írják fel pánikzavar és más szorongásos állapotok kezelésére is. Persze mondhatjuk, hogy meg is érnek minden fillért, ha megfelelő hatékonysággal képesek enyhíteni e gyakori zavarok tüneteit.

De mennyire hatékonyak valójában? És mennyire hatékonyak a pszichoterápiákhoz képest?

Kognitív-viselkedési terápia versus gyógyszerek Vizsgálatok szerint az antidepresszánsok és a kognitív-viselkedési terápia – aminek a hatékonyságára a legtöbb bizonyíték áll rendelkezésre a pszichoterápiák közül – ugyanolyan hatékonyak a depresszió és a pánikzavar kezelésében, legalábbis rövid távon. Hosszú távon azonban a kognitív-viselkedési terápia jobban teljesít, mint a gyógyszeres kezelés, különösen depresszió esetén, ahol ez esetben a visszaesés gyakorisága csupán a *fele* az antidepresszánsokkal kezelt páciensekhez képest (Baker et al., 2008; DeRubeis et al., 2005; Hollon et al., 2002).

De mi történik akkor, ha a depressziós pácienseket antidepresszánsokkal és kognitív-viselkedési terápiával kezeljük? Kutatások szerint az, hogy jobban reagálnak, mint ha csak az egyik vagy a másik terápiában részesülnének (DeAngelis, 2008a; Keller et al., 2000; Thase et al., 1997). Érdekes módon viszont a kombinált terápia nem jár ilyen előnyökkel a szorongásos zavarok kezelésében.

Ahogy egyre jobban megértjük az agy működését, azt is mind jobban átlátjuk, miért ilyen hatékony a kombinált terápia a depresszió kezelésében. Az idegkutató Helen Mayberg kimutatta, hogy a kognitív-viselkedési terápia és az antidepresszánsok az agy különböző területeire fejtenek ki hatást. Az antidepresszánsok a *limbikus rendszert* (lásd I. kötet, 2. fejezet) célozzák, ami az agy fő érzelmi útvonalait foglalja magában. Velük ellentétben a kognitív-viselkedési terápia az értelem lakhelyére, a prefrontális kéregre hat. Mindkét módszer esetében központi szerep jut annak, hogy kikapcsolják az agyban a „vészriadót”, vagy a limbikus rendszerre ható gyógyszerek, vagy az agykéreg „lassú” érzelmi áramköreinek pszichoterápiás elérése révén (Goldapple et al., 2004).

Mivel a klinikumból származó kutatások és a laboratóriumi vizsgálatok egy irányba mutatnak, sok klinikai szakember részesíti előnyben a *kombinált terápia* alkalmazását a depresszió kezelése terén. Derek esetében is értelmes megoldásnak tűnne ehhez a módszerhez folyamodni. A bipoláris páciensek esetében is vannak kutatási eredmények, melyek alátámasztják a kombinált terápia hatékonyságát (Miklowitz et al., 2007).

Elektrokonvulzív kezelés És mi a helyzet az elektrokonvulzív kezelés hatékonyságával? Bár a klinikai szakemberek körében meglehetősen nagy egyetértés uralkodik a téren, hogy az elektrokonvulzív kezelés a leghatékonyabb terápia pszichotikus depresszió esetén (Hollon et al., 2002), csupán egyetlen vizsgálatot végeztek eddig, ami ezt a kezelési módot és az antidepresszánsokat vetette össze (Brådvik & Berglund, 2006). Ami a transzkraniális mágneses stimulációt illeti, ennek hasznosságáról még túl korai lenne nyilatkozni.

Nem mindenkinek van szüksége gyógyszerekre

Míg egyes mentális zavarok esetén a pszichoterápia és a gyógyszeres kezelés kombinációja a legeredményesebb megközelítés, láthattuk, hogy a gyógyszerek *nem* hatékonyak bizonyos fóbiák kezelésében. Ugyancsak kevés terápiás értéke van a gyógyszereknek a legtöbb tanult probléma, a pszichés okokra visszavezethető szexuális diszfunkciók, a legtöbb személyiségzavar és a legtöbb fejlődési rendellenesség (az ADHD kivételt jelent) esetén. Mindezeket felül azt sem szabad elfelejteni, hogy a legtöbb, pszichés problémával küzdő embernek nincs diagnosztizált mentális zavara, nem szenved például depresszióban, fóbiában vagy skizofréniában. Az ő esetükben sokkal inkább arról van szó, hogy pénzügyi nehézségek, párkapcsolati problémák, zűrés gyerekek, munkahelyi stressz keserítik meg az életüket.

Ezzel nem azt akarjuk mondani, hogy akinek nincs „hivatalos” mentális zavara, az nem szenvedhet az állapotától. Ezek az emberek, úgymond, „élethelyzeti vagy életvezetési problémákkal” küzdenek. A baj az, hogy túlságosan gyakran abban látják a megoldást, hogy felkeresik az orvosukat: írjon fel nekik antidepresszánsokat vagy szorongáscsökkentőket, pedig valójában egy mentális egészségügyi szakemberre lenne szükségük, aki segít nekik megoldani a problémáikat.

Mi történt Derekkel? Dr. Sturm és Derek végül abban egyeztek meg, hogy heti egy ülésben kognitív-viselkedési terápiát kezdenek Derek depressziójának kezelésére. A terápia jól haladt, amikor dr. Sturm olvasott egy cikket a depresszió és az *alvási apnoé* (lásd II. kötet, 8. fejezet) közötti összefüggésről (Wheaton et al., 2012). Az alvási apnoé az esetek többségében akkor lép fel, amikor az érintett légútjai elzáródnak a mélyebb alvási fázisokba való belépéskor. Gyakori, hogy az alvási apnoé egyetlen tünete, hogy az érintett nappali álmodásról és kábultságról számol be. Egy alvászvizsgálat megerősítette, hogy Derek alvási apnoében szenved.

Szerencsére az állapotra létezik hatékony kezelés. Derek egy CPAP (*continuous positive air pressure*; folyamatos pozitív légúti nyomás) készüléket kezdett használni, ami pozitív légúti nyomást tart fenn, ennek révén a légutak végig nyitva vannak alvás közben. A hatás drámai volt: Derek depresszív hangulata óriási javuláson ment keresztül, hasonlóképpen ahhoz, ami a dr. Sturm által olvasott cikkben is állt, miszerint az alvási apnoé kezelése jó hatással van a depressziós állapotra (Susman, 2012). Mindazonáltal Derek úgy tervezi, bár jobban érzi magát, folytatja a kognitív-viselkedési terápiát, mert meg kell tanulnia, hogyan birkózhat meg a depresszió nélküli élettel!

Korai beavatkozás és megelőzés: egy szerény javaslat Egy nem oly régen készült szövetségi jelentés szerint az Egyesült Államok évi 247 milliárd dollárt takaríthatna meg, ha olyan kipróbált és bizonyítottan hatékony programokat indítana, melyek révén gyerekek és fiatal felnőttek esetén csírájában el lehetne fojtani a mentális zavarokat (Board on Children, Youth, and Families [BCYF], 2009; O’Connell et al., 2010). „A megelőzés hatásai mostanra meglehetősen jól dokumentáltak” – állítja Irwin Sandler, az Arizonai Állami Egyetem Megelőzéskutatási Központjának vezetője (Clay, 2009, 42. o.). A jelentésben azt javasolják, hogy az érzelmi és viselkedési zavar szempontjából veszélyeztetett fiatalokat minél korábban azonosítani kellene, és segítségben részesíteni. A preventív programok része a stresszkezelési technikák tanítása a depresszió szempontjából

veszélyeztetett fiataloknak, kognitív-viselkedési terápia nyújtása az erősen szorongó fiataloknak, illetve tanácsadás és a szülői teendők tanítása a szegénységben élők vagy például a gyermeküket egyedül nevelők számára. Jelenleg alig vannak ilyen programok. Most annak kutatása szükséges, miként lehet e programokat terepen is megvalósítani, jegyzi meg Sandler.

A megelőzésnek azonban nem csak gyerekek lehetnek a célpontjai. Számos kísérleti programból az derült ki, hogy az intervenciós stratégiák felnőttek és gyerekek esetében egyaránt képesek megelőzni a depressziót (Muñoz et al., 2012). Ez jellemzően azt jelenti, hogy a depresszió szempontjából veszélyeztetetteket (például akiknek a családjában volt már depressziós, vagy nekik maguknak voltak korábban depressziós epizódjaik) azonosítani kell, oktatási és „preventív terápiás” lehetőségeket nyújtani számukra.

Felnőttek esetében stresszcsökkentő és közérzetjavító technikákat is lehet gyakoroltatni. Különösen fontos hangsúlyozni, hogy egy új kutatás szerint ebben mennyire fontos a testmozgás. Azt természetesen mindenki tudja, hogy a testmozgás nélkülözhetetlen, ha valaki le szeretne fogyni. A testmozgás és a mentális egészség közötti kapcsolat azonban sokaknak még nem ennyire ismert, még a szakmabeliek körében sem alapvető ez a tudás (Weir, 2011). Pedig több mint húsz éve gyűlnek az arra utaló bizonyítékok, hogy a rendszeres testmozgás a gyógyszereléshez hasonló hatással rendelkezik a depresszió, a szorongás és számos, a korábbiakban tárgyalt élethelyzeti probléma kezelésében (Blumenthal et al., 2007; Novotney, 2008; Ströhle, 2009). Néhány vizsgálat egyenesen azt veti fel, hogy a mozgás élesíti az elmét és segíthet megelőzni a demenciát (Azar, 2010). Nemrégiben klinikai képzési programok is indultak, hogy felhívják a figyelmet erre az újonnan felfedezett, ósrégi eszközre.

[PSZICHOÜGYEK]

Pszichológiai ismeretek szerzése pszichológiai eszközökkel

A pszichoterápia több szempontból is hasonlóságokat mutat az egyetemi tanulmányokkal:

- A legtöbb terapeuta a tanárokhoz és professzorokhoz hasonlóan speciális képzésben részesült mindarról, amit oktat.
- A legtöbb páciens a diákokhoz hasonlít a tekintetben, hogy professzionális segítséget vesz igénybe az élete megváltoztatásához valamilyen szempontból.
- A terápiákon és az előadókban egyaránt tanulás folyik: új ötletek, új viselkedésformák, új belátások és új összefüggések felfedezése.

A tanulás mint terápia

Segíthet, ha a pszichológia tanulásáról terápiás fogalmakban gondolkodunk, valahogy úgy, ahogyan Peter Lewinsohn alkalmazza tanítás/tanulás modelljét a depresszió kezelése során. A terápia akkor működik a legjobban, ha a terapeuta és a kliens jó munkakapcsolatot tud kialakítani, és ha a kliens hisz a tapasztalás értékében – ugyanez igaz

a tanár-diák kapcsolatra is. Ha szeretnénk személyes, mégis megfelelő szakmaiságú kapcsolatot kialakítani egy tanárunkkal, az alábbi két dologra lesz szükségünk:

1. Tegyük fel kérdéseket, vagy más módon vegyünk részt aktívan az előadásokon (természetesen tegyük mindezt a megfelelő módon, nem erőszakosan).
2. Kérjük a tanár segítségét azokhoz a részekhez, melyek nem világosak nekünk, vagy azokhoz a témákhoz, melyekbe szeretnénk mélyebben beleásni magunkat (persze ne rontsunk rá akármikor, tartsuk be a fogadási időt).

Ha így teszünk, többet tanulhatunk, mert aktívabban részt veszünk a tanulási folyamatban. Ráadásul az aktív részvétel kiemeli minket a tömegből a tanár szemében, ami a későbbiekben hasznos lehet, ha például valamilyen ösztöndíjhoz, pályázathoz van szükségünk ajánlásra.

A csoportterápia és az oktatás között ugyancsak találunk hasonlóságot. A csoportterápia során a páciensek egymástól ugyanúgy tanulnak, mint a terapeutától. Nagyjából ugyanez történik egy egyetemi szakon is, amikor a diáktársainkat a tudás forrásainak tekintjük.

A viselkedést is meg kell változtatni, nem csak a gondolkodást

Tudunk még egy tanáccsal szolgálni a tanuláshoz, amit a kognitív-viselkedési terápiától kölcsönöztünk: a viselkedés megváltoztatása legalább olyan fontos, mint a gondolkodásé. Olvasás vagy előadás hallgatása közben könnyű megérteni egy tényt vagy egy elképzelést, de valószínűleg az ismeretanyag kisebb hatással lesz ránk, ha nem használjuk („Tudom, hogy olvastam róla, csak nem tudom felidézni!”).

Erre az a megoldás, hogy ha új ismeretre teszünk szert, azt használjuk is valamire: beszéljünk róla valakinek, keressünk rá példát a saját tapasztalatainkból, vagy más módon próbáljuk meg használni. Ebben a fejezetben például olvashattunk az odafigyelő hallgatásról; legközelebb próbáljunk meg mesélni erről egy barátunknak. Az oktatással foglalkozók ezt szokták „aktív tanulásnak” is hívni.

És mint már említettük, ez az egyik legjobb pszichoterápia, ráadásul gyógyszerek sem kellene hozzá!

KRITIKUS GONDOLKODÁS ÉLESBEN

Bizonyítékon alapuló praktizálás

A mentális zavarok terápiája vitákkal és ellentmondásokkal teli terület. A pszichológusok és a pszichiáterek folyamatosan vitáznak azon, hogy a gyógyszerek vagy a pszichoterápiák jelentenek-e jobb megoldást. A depresszió elektrokonvulzív terápiával történő kezelése körül is újra és

újra fellángolnak az indulatok. Egyetlen más területen sem olyan hevesek azonban az érzelmek, mint a *bizonyítékon alapuló terápiák* terén, ahol különösen elkeseredetten szállnak harcba egymással a klinikai pszichológusok (Bower, 2005a).

Miről is van szó?

Mintegy húsz évvel ezelőtt az Amerikai Pszichológiai Társaság felállított egy különleges munkacsoportot azzal a céllal, hogy mérje fel a különböző pszichoterápiák hatékonyságát (Chambless et al., 1996). Az eredményeik lényege az volt, hogy többtucatnyi konkrét zavar sikeresen kezelhető olyan terápiákkal, melyeket jól tervezett kísérletek révén validáltak (Barlow, 1996). Mondunk is pár példát az APA munkacsoportja által hatékonynak talált terápiákra és alkalmazási területükre:

- A viselkedésterápiák hatékonyak fóbiák, ágybavizelés, autizmus és alkoholizmus esetén.
- A kognitív-viselkedési terápia bevethető krónikus fájdalom, anorexia, bulimia, agorafóbia és depresszió kezelésekor.
- A belátásorientált terápia eredményes a párkapcsolati problémáknál.

Nem sokkal később egy újabb vizsgálat kezdődött, immáron a Pszichológiai Tudományos Társaság (Association for Psychological Science) égisze alatt, ami a depresszió bizonyítékokon alapuló terápiájára fókuszált (Hollon et al., 2002). Ez azzal az eredménnyel zárult, hogy a pszichoterápia számos formája – például a kognitív-viselkedési és a családterápia – hatékony lehet a depresszió kezelésekor. (A jelentés azt is elismeri, hogy a gyógyszereknek és az elektrokonvulzív kezelésnek is van létjogosultsága a depresszió kezelésében.) Láthatjuk hát, hogy egyes vizsgálatok szerint a depresszió kezelésében a kognitív-viselkedési terápia és a gyógyszeres kezelés kombinációjának nagyobb hatása van, mint bármely két kezelésnek egymagában (Keller et al., 2000).

De akkor hol itt a gond, merülhet fel a kérdés. Az a probléma, hogy ennek alapján a tanácsadóknak és a terapeutáknak a **bizonyítékon alapuló (empirikusan alátámasztott) terápiák** alkalmazására kellene szorítkozniuk, tehát azokat a terápiákat alkalmazni, melyek hatékonyságát tudományosan valid bizonyítékok támasztják alá (Kazdin, 2008; Westen et al., 2005). Persze rögtön adja magát a következő kérdés: ezzel mi a baj?

Meglepő módon nem minden pszichológus örült ennek a lehetőségnek (Johnson, 2006). Az ellenkezők oldalán azt hangoztatják: nem a tudományossággal van a gondjuk, az ördög a részletekben rejlik. Az „empirikusan bizonyított terápia” szerintük meglehetősen homályos fogalom (Westen & Bradley, 2005). Azt is aggasztónak találják, hogy egy túlságosan szigorú értelmezés megnyírhatja a pszichológusok szabadságát abban, hogy a klienseik egyedi szükségleteit tartsák szem előtt. Vizsgáljuk meg a problémát a kritikus gondolkodás kérdésein keresztül.

Melyek a kritikus kérdések?

Kétségtelen, hogy mindkét oldalon tiszteletre méltó és rendes emberek állnak, sokan közülük zseniális terapeuták. Nem a hozzáértésüket kérdőjelezzük hát meg. Ennek ellenére érdemes feltenni a kérdést: milyen torzítások léphettek fel az egyes oldalakon, melyek hatására ennyire ellentétes vélemények születtek a kérdésben?

A bizonyítékon alapuló terápia mozgalma

A bizonyítékon alapuló terápiát követelő oldal azzal érvel, hogy hosszú időn keresztül alkalmaztunk a mentálisan sérült emberekre hatástalan, akár kifejezetten káros „terápiákat”, a veréstől a lobotómiáig. Egyes terapeuták a modern időkben is még mindig potenciálisan káros kezelések mellett kardoskodnak (Lilienfeld, 2007). Ilyen

például az „elrémisztés” (lásd I. kötet, 1. fejezet) fiatakorú bűnelkövetők esetében, az autizmus kezelésére bevetett *facilitált kommunikáció* (lásd I. kötet, 1. fejezet), az elfojtott emlékeket felszínre hozó terápia, a disszociatív személyiségzavarban szenvedők esetében az „alter” személyiségek létrehozása, az iskolai droghasználatot megelőzni akaró DARE program, a kiképzőprogramok a börtönlakók zavargásainak megelőzésére, a homoszexuálisok „átnevelése” heteroszexuálissá, vagy a katarzisterápia az indulatkezelési nehézségekkel küzdőknek. De még ennél is hosszabb listát lehetne összeállítani a pusztán nem hatásostól az egészen agyamentig terjedő olyan „kezelésekig”, mint az angyalterápia, a régebbi életeket feltáró kezelés, az idegen létformák által okozott poszttraumás stressz szindróma megszüntetését célzó terápia, az aromaterápia, a terápiás érintés, a neurolingvisztikai programok és a kézírás elemzésén alapuló terápia (Norcross et al., 2006).

2009-ben a Pszichológiatudományi Társaság kiadott egy nagylélegzetű jelentést a klinikai pszichológia aktuális állapotáról (Baker et al., 2008; West, 2009). Ebben jól lehordták a pszichológusokat, amiért nem alkalmazzák a tudományosan megalapozott módszereket, és amiért közülük „riasztóan sokan” nem ismerik a bizonyítékon alapuló terápiákat. A jelentés így fogalmaz:

„Kutatásokból tudjuk, hogy számos eredményes, hatásos és költséghatékony pszichológiai beavatkozás létezik. Mégis csak ritkán alkalmazzák ezeket olyan pácienseknél, akiknél pedig eredményre vezethetnének” (67. o.).

A klinikai kutató R. Kathryn McHugh és David Barlow (2010) független jelentése azt emeli ki, milyen nehézségeket jelent az új terápiás módszerek átvitele a laboratóriumi vizsgálatokból a klinikumba.

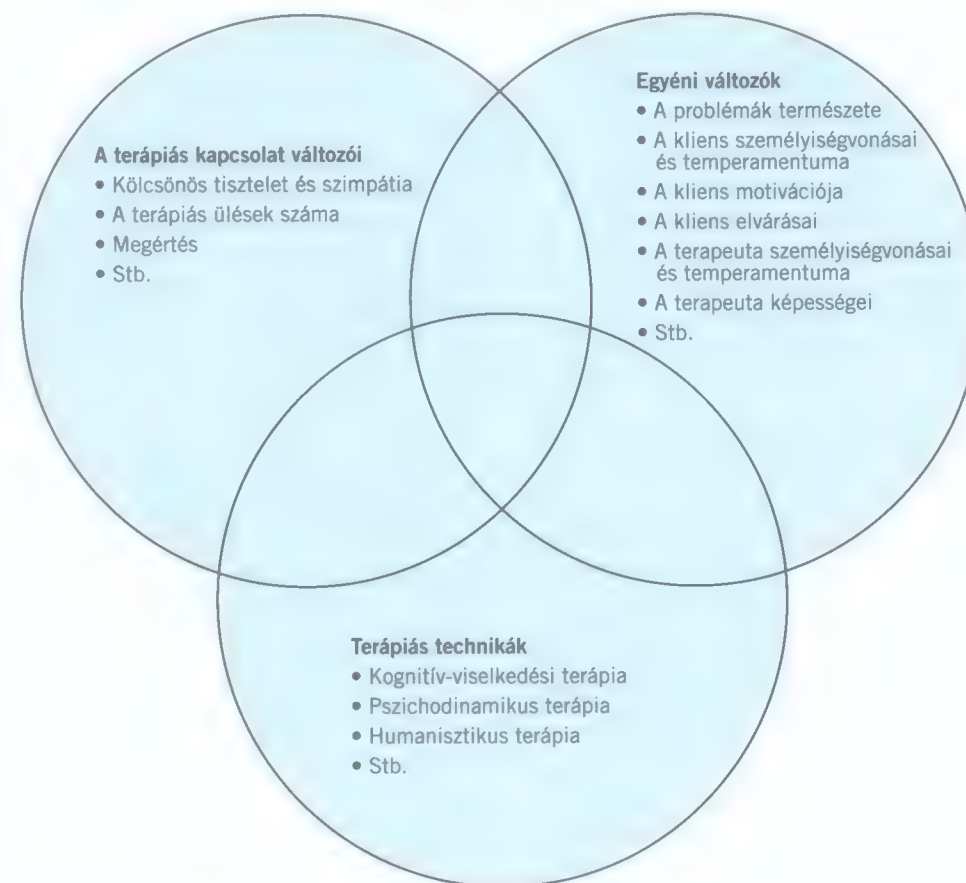
Akik óvatosságra intenek Senki sem vonja kétségbe, milyen nagy előrelépés történt számos zavar hatékony terápiájának ki-fejlesztése terén, de többen arra intenek: még fényévekre vagyunk attól, hogy olyan eszközök legyenek a kezünkben, melyekkel minden mentális zavar kezelhető, hiába állnak rendelkezésünkre gyógyszerek. Az aggódók attól tartanak, hogy az egészségbiztosítók nem fizetik majd ki azokat a kezeléseket, melyek nem szerepelnek a hivatalos listán, vagy nem tartoznak az adott zavar „jóváhagyott” kezelése közé, függetlenül attól, hogy az adott páciensnek milyen kezelésre lenne szüksége (Cynkar, 2007b). Az is aggasztó, hogy a biztosítók arra kényszerítik a terapeutákat: minden páciensüket ugyanolyan módon kezeljék, nem törődve a szakember megállapításával, és a páciensek összetett szükségleteivel (Shedler, 2006). Mivel a terápia időigényes folyamat, ugyancsak felmerül annak lehetősége is, hogy a nem az orvosi úton járó terapeutákat kiszorítják a gyógyszereket felírók, akik alig pár perc alatt „végeznek” egy-egy pácienssel.

A bizonyítékon alapuló terápiákkal szemben fenntartásokkal élőknek további számos, részletekbe menőbb aggodalma is van (Westen & Bradley, 2005). Rámutattak például, hogy egy terápia sokkal több egy konkrét *technika* alkalmazásánál: a kutatók eredményei szerint a sikeres terápia jellemző eleme a gondoskodó, reményt nyújtó kapcsolat és az az újfajta mód, ahogyan a páciens magára és a világra kezd tekinteni (Wampold et al., 2007). Ezt a konklúziót támasztják alá azok a vizsgálatok, melyek szerint a terápia hatásossága kevésbé függ a terápia típusától, mint a terapeuta és a páciens között fennálló *kapcsolat minőségétől* (ezt hívják *terápiás kapcsolatnak* is) (Wampold & Brown, 2005). A terápiában számos, a *kliensekre jellemző egyéni tényező* is szerepet játszik, mint a motiváció, az intelligencia, és a konkrét probléma természete. Ezt a három aspektust ábrázolja

a 13.8. ábra. Egyes „élethelyzeti” problémákra – például párkapcsolati vagy munkahelyi gondokra – nem létezik konkrét bizonyítékon alapuló terápia. Ráadásul az, hogy az ilyen esetekben melyik konkrét terápiatípust alkalmazzák, talán kevésbé is fontos, mint maga a támogató terápiás kapcsolat (DeAngelis, 2005; Martin et al., 2000).

Végül pedig a bizonyítékon alapuló terápia kritikusai azt is fel szokták hozni, hogy a mindennapos klinikai gyakorlat általában lényegesen bonyolultabb, mint a

terápiák hatásait vizsgáló kutatásokra jellemző kontrollált körülmények. Például a klinikumban megforduló legtöbb páciens több problémával jelentkezik, tehát, mondjuk, egyszerre van szorongásos zavaruk és személyiségzavaruk, míg a legtöbb, bizonyítékon alapuló gyakorlatot „tisztá” esetekre validálják, olyan páciensek eseteire, akik csak egyetlen konkrét diagnózissal rendelkeznek (DeAngelis, 2010; Kazdin, 2008). A kutatók ráadásul nemigen célozzák meg vizsgálataikkal a klinikumban legnagyobb számban előforduló pácienseket: azokat,



13.8. ÁBRA A terápia három aspektusa

A terápia több, mint módszer és *technika*. A terapeuta és a kliens részéről is számos *egyéni változó* vesz benne részt, illetve fontos szerephez jut kettejük *terápiás kapcsolata* is. Ezek együttesen mind szükségesek ahhoz, hogy a terápia sikeres lehessen.

13.2. táblázat A bizonyítékon alapuló terápiákról (BAT) folyó vita összefoglalása

A BAT-ot támogatók érvei	A BAT-ot ellenzők érvei
Egyes kezelések egyértelműen károsak, ezeket nem lenne szabad alkalmazni.	A BAT meghatározása elégtelen, mi több, értelmetlen a fogalom maga.
A bizonyítékon alapuló gyakorlatok hatékonyságát egyes konkrét zavarok kezelésében egyértelműen kimutatták.	A BAT megközelítés mindenkit egyformának tekint, korlátozza a klinikai szakemberek rugalmasságát, hogy pácienseik egyéni problémáira reagálhassanak. Különösen a többféle problémával küzdő, vagy az egyik DSM-5 kategóriába sem illő páciensek esetében áll fenn a probléma.
A pszichológia tudomány, és a művelőinek a tudomány által legjobbnak bizonyult módszereket kell alkalmazniuk.	A biztosítók nem fognak fizetni azok kezelése után, akik nem egy empirikusan validált terápiában részesülnek.
Ha egyenlő súllyal esik a latba a klinikai szakemberek véleménye a tudományos bizonyítékokkal, az anarchiához vezet; a klinikai szakemberek figyelmen kívül fogják hagyni a bizonyítékokat, és a saját fejük után mennek majd.	A BAT gátolja a szakembereket abban, hogy új ötletekkel próbálkozzanak, és még hatékonyabb terápiákat dolgozhassanak ki.
	Számos zavar esetében a kutatók még nem dolgoztak ki validált terápiákat, ezért a BAT-on alapuló megközelítés szerint sok páciens semmilyen kezelést sem kaphatna.
	A bizonyítékok szerint bizonyos tényezők (például a terápiás kapcsolat) legalább olyan fontosak, mint a terápia típusa.

akik összetett „élethelyzeti problémákkal” jelentkeznek, például a kapcsolati problémáik mellé még anyagi és gyerekevelési problémákkal küzdenek, *emellett* az önbecsülésük is alacsony. Mindennek tetejébe a terápiás módszerek validálására indított legtöbb kutatás szigorúan csak néhány – egy tucatnál általában nem több – ülésre korlátozódik, márpedig ennyi alkalom után a legtöbb páciensnek még maradnak vissza problémái.

Milyen következtetést vonhatunk le mindebből?

Mindkét oldalnak vannak jó meglátásai (13.2. táblázat). Egyfelől a terapeuták szeretik az empirikusan validált módszereket,

amennyiben alkalmazásuk egyértelmű és eredményes. Világos, hogy nem akarnak hatástalan vagy káros módszereket alkalmazni. De ki fogja eldönteni, mikor mi számít megfelelő módszernek? Maga a terapeuta, a biztosítótársaság, vagy a szakmai szervezetek? Mi magunk úgy véljük, hogy a szakmai szervezeteknek, például az Amerikai Pszichológiai Társaságnak ki kell állnia az ellen, hogy rákényszerítsenek a terapeutákra egy listát, és csak a listán szereplő mentális zavarok és terápiás módszerek közül választhassanak.

Az Amerikai Pszichológiai Társaságnak valóban létezik megfontolás alatt álló javasolt politikája (APA Presidential Task Force, 2006). A szervezet úgy határozná meg a *pszichológiában alkalmazott, bizonyítékon alapuló gyakorlatokat*, mint

„az elérhető legjobb kutatások és a klinikai tapasztalatok integrálása a páciens jellemzőinek, kultúrájának és preferenciáinak a kontextusában”. Ugyan ki ne értene ezzel egyet? Nos, mint kiderült, elég sokan. Különösen a bizonyítékon alapuló gyakorlat szószólói berzenkednek, attól tartva, hogy a „klinikai tapasztalatok” lenyomják a „kutatásokat”, azaz a klinikumban dolgozó szakemberek majd figyelmen kívül hagyják a tudományt, és mennek a saját fejük után (Stuart & Lilienfeld, 2007). Mindenképpen fogas kérdés ez, amire nehéz választ találni.

Van-e remény arra, hogy megoldást találjunk? David Barlow javaslata (2004) talán részben meg tud felelni a felmerülő kérdésekre: szerinte a pszichológusoknak különbséget kellene tenniük a pszichológiai kezeléseket és a között, amit ő „generikus pszichoterápiának” hív. A DSM-5-ben szereplő konkrét mentális zavarokra empirikusan validált terápiákat a pszichológiai kezelésekre kellene sorolni, míg a pszichoterápia kifejezést fenn kellene tartani a DSM-5 „egyéb állapotok” kategóriájába eső esetek kezelésére. Ilyenek

a tanulási, munkahelyi és párkapcsolati problémák, a szexuális zaklatás és moleztálás, vagy az antiszociális személyiség zavar, melyek együttesen a tanácsadók és a klinikai szakemberek eseteinek igen jelentős hányadát adják. Barlow javaslata mindenestre lecsillapíthatja némiképpen a forrongó kedélyeket.

A végére pedig egy biztató megjegyzés: egy 200 terapeuta bevonásával végzett felmérés szerint mindannyiukra jellemző volt, hogy a tanácsadás vagy a pszichoterápia előrehaladtával úgy módosítják a kezelési módszereiket, ahogy az adott klienshez leginkább illőnek érzik (Holloway, 2003). Vagyis bár a fejezet során többször említettük, hogy a pszichés zavarok kezelésének módszereiről vitatkoznak ugyan, de a legtöbb szakember mégis arra törekszik, hogy a módszereit mindig az adott klienshez igazítsa, és nem ragaszkodik mereven egy konkrét elméleti irányzathoz. Ez igen-csak jó hír egy hagyományosan megosztott tudományterületről. Úgy tűnik, a tudományos megalapozott gyakorlat hangsúlyozása végül csak eltörli a régóta fennálló szakmai határvonalakat.

FOGLALJUK ÖSSZE!

PROBLÉMA: Mi a legjobb kezelés Derek depressziójára? A pszichoterápia, a gyógyszeres kezelés, vagy a kettő kombinációja? Általában mi alapján döntenek el a terapeuták, hogy az egyes mentális zavarok esetében milyen kezeléshez folyamodnak?

- A legalapvetőbb kérdés az, hogy a pszichoterápiát vagy a biológiai terápiát válasszuk – esetleg a kettő kombinációját.
- A pszichológusok és a többi nem orvosi szemléletmódú terapeuta

a pszichoterápiákat részesíti előnyben, amikor tanult problémáról van szó, vagy hibás kognícióra, viselkedésre vagy kapcsolatokra vezethető vissza a kliens gondja.

- A pszichoterápiák két nagy csoportja a belátásorientált és a viselkedésterápiák, illetve e kettő kombinációján alapul a kognitív-viselkedési terápia és a megfigyeléses tanulás. Hogy egy terapeuta melyik konkrét terápiát alkalmazza, az elsősorban a végzettségétől és az orientációjától függ.

- A biológiai (biomedikális) terápiák a pszichiáterek és az orvosok fennhatósága alá tartoznak. Ezekre olyankor van szükség, ha a probléma az

agyműködés gyógyszeres vagy egyéb beavatkozás révén történő megváltoztatásával kezelhető a legjobban.

13.1. Mi a terápia?

13.1. Központi fogalom

A pszichés zavarok terápiája igen sokféle lehet, de mindre jellemző a **terápiás kapcsolat**, ami a páciens mentális, viselkedési vagy társas működésének javítására irányul.

Az emberek igen sokféle problémával kezdenek terápiába, ezek egy része a DSM-5-ben is kategorizált mentális zavar, másik részük pedig élethelyzeti nehézség. A terápia számos formát ölthet, lehet pszichoterápia és biomedikális kezelés, de a legtöbbnek része a probléma azonosítása, forrásának felkutatása, prognózis készítése, és a kezelés végigvitele. Régebben a mentális problémákkal küzdőket általában durva és megalázó „kezeléseknek” tették ki, nem ritkán démoni megszállottságot véltek ki a tüneteik mögött. Csak nem oly

régóta tekintenek a mentális problémákra „betegségeknek”, ami végül emberibb bánásmódot és kezelési módokat eredményezett.

Az Egyesült Államokban jelenleg két fő terápiás megközelítés létezik: a **pszichoterápiák** és a **biomedikális terápiák**. Más kultúrákban gyakorta teljesen másként tekintenek a mentális zavarokra, és másként is kezelik ezeket, gyakorta bevonva a terápiába a családot és a közösséget is. Az USA-ban egyre több gyakorlati képzést kapott, de egyetemi diplomával nem rendelkező szakembert alkalmaznak a mentális zavarok kezelése terén, és a szakirodalom adatai szerint hatékony segítséget jelentenek.

biomedikális terápia (69. o.)

pszichoterápia (68. o.)

terápiás szerződés (66. o.)

terápia (68. o.)

13.2. Hogyan kezelik a pszichológusok a pszichés zavarokat?

13.2. Központi fogalom

A pszichológusok a terápia kétféle formáját alkalmazzák: a **belátásorientált terápiákat**, melyek célja, hogy az egyén megértse önmagát és felismerje a problémáit, illetve a **viselkedésterápiákat**, melyek során a viselkedés kondicionálás révén történő megváltoztatására koncentrálnak.

Az első **belátásorientált terápia** a **pszichoanalízis** volt, ami Sigmund Freud személyiségelméletén alapszik. A szabad asszociáció és az álomfejtés módszereivel végzett

pszichoanalízis célja, hogy tudatossá tegye a tudattalanban rejtőző elnyomott emlékeket, konfliktusokat és vágyakat, így lehetőség nyílik ezek értelmezésére és semlegesítésére, elsősorban az **indulatátvitel-elemzés** során. A **neofreudánus pszichodinamikus terápiák** jellemzően a kliens jelenbeli szociális helyzetére, személyes kapcsolataira és énképére koncentrálnak.

További belátásorientált terápiák a **humanisztikus terápia** – célja, hogy az egyén jobban meg tudja valósítani önmagát – és a **személyiségközpontú terápia**, aminek során a terapeuta nondirektív módszerrel segíti kliensét a pozitív énkép létrehozásában.

Szintén ebbe a terápiaformába sorolható a **kognitív terápia**, ami a kliens önmagáról és a szociális kapcsolatairól alkotott negatív vagy irracionális gondolkodásának megváltoztatására irányul, illetve célja még a konstruktívabb gondolkodásmód megtanítása. Depresszió kezelésében különösen hatékony terápia.

A **csoportterápia** sokféle lehet. Az **önsegítő csoportok**, mint amilyen az Anonim Alkoholisták, milliőknak nyújtanak segítséget, bár többnyire nem professzionális terapeuták tartják őket. A családterápia és a párterápia általában a szituációs nehézségekre és az interperszonális dinamikára koncentrálnak, ezeket igyekszik rendszerszinten megjavítani, kevésbé akar belső motivációkat feltárni.

A **viselkedésterápia** központi eleme a tanulás – elsősorban a klasszikus és az operáns kondicionálás –, ennek segítségével igyekszik orvosolni a problémás viselkedést. A klasszikus kondicionálásra épül a **szisztematikus deszenzitizáció** és az **ingerelárasztás**, melyeket félelmek és főbiák kezelésében gyakorta alkalmaznak. Az **averziós terápia** a nemkívánatos reakciók, viselkedés megszüntetésére alkalmas. Az operáns kondicionálással operál a **kontingenciamenedzsment**, aminek fontos része a pozitív megerősítés és a kioltási technikák. A viselkedésterápia csoportos formában a **zsetongazdálkodás** módszerében alapuló **modellkövetés** módszere egyaránt alkalmazhatja a klasszikus és az operáns kondicionálás elveit. Modellek és a szociális készségek gyakorlásával segíti a pácienseket abban, hogy mind magabiztosabbá váljanak a képességeiket illetően.

Az elmúlt években a kognitív és a viselkedésterápiák egybeolvasztása volt a jellemző, azaz a belátásorientált terápiát behaviorista tanuláson alapuló módszerekkel kombinálják. A **racionalis-emocionális viselkedésterápia** abban segíti a klienst, hogy felismerje a magával kapcsolatos, az életét nehezítő irracionális hiedelmeit, és

megtanulja megváltoztatni a gondolkodási mintázatait. A pozitív pszichoterápia (PPT) hasonló megközelítés mentén működik. Agyi képalkotó felvételek bizonyossága szerint a kognitív-viselkedési terápia fizikai változásokat indukál az agyműködésben.

Az 1950-es években Eysenck megkérdőjelezte a terápiák hasznosságát. Az azóta készült vizsgálatok azonban kimutatták, hogy a pszichoterápia egy sor pszichés probléma esetén igenis hatékony lehet, gyakorta pedig hatékonyabb, mint a gyógyszeres kezelés. Ahogy egyre kifinomultabb módszerekkel tudjuk vizsgálni a mentális zavarokat, mind pontosabban tudunk konkrét pszichoterápiát rendelni a konkrét zavarok mellé.

A legtöbb ember nem szakemberektől kap pszichés segítséget. Sokkal inkább a barátaihoz, a tanáraihoz, a lelki vezetőjükhöz stb. fordulnak a problémáikkal. A barátok sokat segíthetnek az **odafigyelő hallgatás** révén, de a súlyos problémák megoldásához szakember segítségét kell igénybe venni.

odafigyelő hallgatás (94. o.)

indulatátvitel-elemzés (75. o.)

averziós terápia (84. o.)

viselkedésterápia (81. o.)

személyiségközpontú terápia (77. o.)

kognitív terápia (78. o.)

kognitív-viselkedési terápia (88. o.)

kontingenciamenedzsment (85. o.)

ingerelárasztás (83. o.)

csoportterápia (79. o.)

humanisztikus terápia (77. o.)

belátásos terápia (72. o.)

neofreudánus pszichodinamikus terápia (76. o.)

modellkövetés (86. o.)

pozitív pszichoterápia (90. o.)

pszichoanalízis (73. o.)

racionalis-emocionális viselkedésterápia (88. o.)

érzések tükrözése (77. o.)

önsegítő csoportok (80. o.)

szisztematikus deszenzitizáció (82. o.)

zsetongazdálkodás (85. o.)

13.3. Hogyan alkalmazzák a biomedikális módszereket a pszichés zavarok kezelésében?

13.3. Központi fogalom

A biomedikális terápiák az agy biokémiai folyamataira hatnak gyógyszerekkel, az agyi idegműködésre műtétek révén, vagy az agyi aktivitásra elektromos vagy erős mágneses hatást gyakorló terápiák segítségével.

A biomedikális terápiák a mentális zavarok élettani aspektusainak megváltoztatását célozzák. Az alkalmazott gyógyszer lehet **antipszichotikum**, **antidepresszáns**, hangulatjavító, **szorongáscsökkentő** vagy **stimuláns**. A legtöbb ilyen szer a neurotranszmitterekre hat. A pszichére ható gyógyszerek forradalmasították az olyan mentális zavarok kezelését, mint a skizofrénia, a depresszió, a bipoláris zavar, a szorongásos zavarok és az ADHD. A kritikusok azonban a függőség veszélyeire figyelmeztetnek, különösen, ha valaki a mindennapos stresszt akarja gyógyszerekkel kezelni.

A **pszichosebészeti** ritkán alkalmazott módszer, mert egyrészt igen radikális beavatkozás, másfelől visszafordíthatatlan mellékhatásai vannak. Az **elektrokonvulzív terápia** azonban a mai napig elterjedt, elsősorban a depresszió kezelésében, bár ez is vitatott eljárás. Egy új és potenciálisan veszélytelenebb alternatíva lehet az agy meghatározott területeinek **transzkraniális mágneses stimulációja**. Közben még mindig

a hospitalizáció jelenti az orvosi kezelések főszóráját, pedig a trend a **közösségi alapú mentális ellátás** felé igyekezne mozdulni. Az elmegyógyintézetek felszámolásának, az **intézménytelenítésnek** és a közösségi ellátásnak a politikáját a lehető legjobb szándék vezérli, de sok mentális páciens a közösségbe visszakérülve nem jut megfelelő forrásokhoz és kezeléshez. Ha azonban a források rendelkezésre állnak és elérhetőek, a közösségi kezelés gyakorta sikeres.

Ha valaki a tanácsunkat kérné, hogy milyen terapeutához forduljon, bármely kompetens mentális egészségügyi szakembert ajánlhatjuk neki. A diagnosztizálást és a terápia végzését nem szabad felvállalnunk, de annyi pszichológiai ismerettel talán már rendelkezünk, hogy eldöntsük, orvosi irányvonalon dolgozó szakemberhez, vagy esetleg viselkedésterapeutához irányítsuk az illetőt, illetve csoportterápiát vagy más pszichoterápiás kezelést javasoljunk. Léteznek azonban kerülendő terápiák és terápiás módszerek is.

szorongáscsökkentők (99. o.)
antidepresszánsok (97. o.)
antipszichotikumok (96. o.)
közösségi alapú mentális ellátás (104. o.)
intézménytelenítés (104. o.)
elektrokonvulzív terápia (102. o.)
pszichosebészet (101. o.)
stimulánsok (100. o.)
tardív diszkinézia (97. o.)
transzkraniális mágneses stimuláció (103. o.)

13.4. Hogyan vethetjük össze a pszichoterápiákat és a biomedikális kezeléseket?

13.4. Központi fogalom

Bár a pszichoterápiák és a biomedikális kezelések kombinációja sok esetben eredményesebb, mint az egyik vagy a másik önálló alkalmazása, a legtöbb olyan páciens, akinek „életviteli vagy élethelyzeti problémái” vannak, a pszichoterápiára reagál a legjobban.

Az orvosi és biológiai terápiák bizonyítottan sikeresek, de a legutóbbi időkig nemigen vetették össze közvetlenül az orvosi és a pszichoterápiák hatásosságát. Újabb vizsgálatok szerint depresszió kezelésében a **kombinált terápia**, tehát a kognitív-viselkedési terápia és a gyógyszeres kezelés kombinációja a leginkább eredményre vezető. Az elektrokonvulzív kezelés és a transzkraniális mágneses stimuláció összehasonlításáról kevés adat áll rendelkezésre. Ami a szorongásos zavarokat illeti, egyes vizsgálatok szerint a gyógyszerek és a kognitív-viselkedési terápia kombinálása eredményes. Ez alól egyértelmű kivételt jelent a fóbiák kezelése,

ahol a viselkedésterápia sokkal hatékonyabb a gyógyszeres kezelésnél, amely utóbbi akár súlyosbíthatja a problémát. A skizofrénia kezelésében a gyógyszerelés jelenti az első vonalbeli terápiát, de gyógyulást így sem lehet elérni. Az utóbbi időkig nemigen alkalmaztak pszichoterápiát a skizofrénia kezelésében, de újabb kutatások szerint a kombinált terápia eredményes lehet.

Számos pszichés probléma kezelésében a gyógyszerek nem hatékonyak. Ilyenek a tanulási zavarok, számos szexuális diszfunkció, a legtöbb személyiségzavar és idegrendszeri fejlődési zavar. Ráadásul a legtöbb páciens nem a DSM-5-ben felsorolt mentális zavaroktól szenved, hanem „élethelyzeti és életviteli problémáktól”.

Az oktatásnak és a pszichoterápiának sok közös vonása van. Mindkettő esetében hangsúlyos a tanulás, és a végső cél mindkettőnél a viselkedés megváltoztatása. Magunk úgy véljük, a tanulmányok és a pszichoterápia is akkor lehet a legvalószínűbben sikeres, ha a tanuló/kliens aktív szerepet vállal a folyamatban.

kombinált terápia (109. o.)

KRITIKUS GONDOLKODÁS ÉLESBEN

Bizonyítékon alapuló orvoslás

A pszichoterapeutákat megosztja a bizonyítékon alapuló gyakorlat és az empirikusan alátámasztott terápiák kérdése. Az ellenzők szerint ezek a fogalmak nem egyértelműen definiáltak, hátráltatják az innovatív, új kezelési módok kifejlesztését, sokszor nem jelentenek segítséget a többféle zavarral küzdő pácienseknek, és a támogatói nem tartják fontosnak a terápiás kapcsolatot.

A másik oldal szerint viszont egyes kezelések egyértelműen károsak, ezért tiltani kellene alkalmazásukat. Elismerik, hogy még nem minden mentális zavar kezeléséhez állnak rendelkezésre bizonyítékon alapuló terápiák, azonban a terapeutáknak – akik maguk is a tudomány emberei – tudományosan alátámasztott kezeléseket kellene alkalmazniuk.

[Kulcskérdések/
felvezetés][Központi
fogalmak]

[Pszichoügyek]

14.1. Mi okoz distresszt?

Traumás stresszorok
Krónikus stresszorok

A traumatikus események, krónikus életviteli állapotok, a nagy változások, de még a kisebb problémák is kiválthatnak stresszreakciót.

Stressz az egyetemen

Az egyetemisták és főiskolások a tipikus fejlődési stresszorok mellett sajátos stresszorokkal is kénytelenek szembenézni.

14.2. Hogyan hat ránk a stressz fizikailag?

A stresszre adott élettani reakciók
A stressz immunrendszerre gyakorolt hatása

A fizikai stresszreakció az arousal-szint megemelkedésével kezdődik, ami egy sor olyan testi-élettani reakciót idéz elő, melyek rövid távon adaptívak, hosszú távon viszont károsak lehetnek.

A nem egyértelmű
fenyegetés kognitív
kiértékelése

A jóllétünkre irányuló fenyegetések nem mindig egyértelműek és nyilvánvalók; kulcsfontosságú a velük való hatékony megküzdéshez, hogy miként azonosítjuk és értékeljük ezeket.

14.3. Kik a legsérülékenyebbek a stresszel szemben?

Az a típusú személyiség és az ellenséges érzület
Szívósság, optimizmus és reziliencia

Az egyéni tulajdonságaink befolyásolják a stresszes helyzetekre adott reakcióinkat, ennek következtében pedig arra is hatással vannak, hogy a potenciális stresszorokra milyen mértékű distresszrel reagálunk.

Pszichológiai ismeretek
szerzése pszichológiai
eszközökkel

Bárki – még az is, akik úgy gondolja, nem tud jól írni – hasznos megküzdési eszközt találhat egy tollban és egy naplóban.

14.4. Hogyan alakíthatjuk át a negatív stresszt pozitív életstratégiakká?

Pszichés megküzdési stratégiák
Pozitív életvezetési döntések
A boldogság és a szubjektív jóllét elérése

A hatékony megküzdési stratégiák csökkentik a stressz egészségre gyakorolt negatív hatásait, míg a pozitív életvezetési döntések javíthatnak a testi-lelki egészségi állapoton, illetve az általános jóllét érzésén.

Magatartás-tudományi
orvoslás és egészség-
pszichológia

Ez a két fiatal, izgalmas tudományterület az egészséget befolyásoló pszichés és társadalmi tényezőkre fókuszál, illetve arra kíváncsi, hogy ezek a tényezők miként használhatók fel a betegségek megelőzéséhez.

PROBLÉMA: A 9/11-es eseményekben részt vevő tűzoltók és a többi ember reakciói és tapasztalatai tipikusnak mondhatók stresszes helyzetekben? Mivel magyarázhatjuk, hogy az emberek stresszre adott testi és lelki reakciói nem egyformák?

KRITIKUS GONDOLKODÁS ÉLESBEN: A változás tényleg veszélyes az egészségre?



2001. SZEPTEMBER 11-ÉN REGGEL 8 ÓRA 46 PERCKOR DENNIS SMITH NYUGALMAZOTT tűzoltó egy New York-i klinikán üldögélt, és az éves kivizsgálására várt, amikor berontott a váróba egy nővér, és izgatott hangon közölte, hogy egy repülőgép belecsapódott az Alsó-Manhattanben álló World Trade Center északi tornyába (Smith, 2003b). Az illetékesek már reagáltak a riasztásra, rengeteg tűzoltóautó száguldott a helyszínre, a tűzoltók rohanást igyekeztek az épületbe, ahonnan kétségbeesett emberek tömegei próbáltak kiszabadulni. Smith gyorsan végigfuttatta magában, mire számíthatnak a kollégái: milyen hőség lesz a tűz miatt, hogyan lehet legjobban bejutni az épületbe, milyen állapotban lehetnek a lépcsők. Vajon hányan eshettek halálos csapdába odabent?

Az egyik tűzoltó később így emlékezett vissza a káoszra: „Olyan volt az egész, mint egy film, amikor jön a szörnyeteg... Záporozott ránk a törmelék, a sisakunkon csak úgy kopogtak a lehulló épületdarabok” (Smith, 2003b, 70–71. o.). Már egészen magasra jutottak, amikor becsapódott a második repülő is, ezúttal a déli toronyba: „Hirtelen óriási dübörgést hallottunk a fejünk felett.” Ott álltak a lépcsőházban, ez a tűzoltó pedig megpróbálta végiggondolni, milyen eszközök állnak a rendelkezésére, mit tudna használni. „Igyekeztem átgondolni a helyzetet. Mit kellene tennem, mit tudok tenni? Milyen eszközeim vannak? ... A legfontosabb a védősisakom volt. Emlékszem, átfutott a fejemben, mennyire fontos, hogy van rajtam sisak” (75. o.).

De hogy milyen fontos a sisak, azt Smith egyik tűzoltó barátja, Mychal Judge atya a kritikus pillanatban elfelejtette. A New York-i tűzoltóság tiszteletese az első között érkezett a helyszínre, és miután meghallotta, hogy az épületben tűzoltók estek csapdába, berohant a sűrű füstbe. Az utolsó kenet feladásakor azonban a tiszteletadás szokásának engedelmeskedve levette a sisakját – abban a pillanatban törmelékhalom zúdult rá. Azonnal meghalt (Downey, 2004).

A stressz utóhatása

A terrortámadást követően a tűzoltók még hetekig, hónapokig kutattak holttestek után a törmelékhalom alatt. Barátaikat, kollégáikat temették és siratták el. A 343 eltűnt tűzoltó közül alig néhányat találtak meg. Akik élve megúszták, büntudatot éreztek, amiért ők túléltek, miközben mások tőlük alig egy méterre haltak meg. Azt kérdezték maguktól: miért pont én éltem túl, miért nem ők? Egyeseken a poszttraumás stressz szindróma (PTSD) tünetei mutatkoztak, fejben újra és újra átéltek a katasztrófa pillanatait. Annak a napnak az utóhatásai nem csak azokat érintették, akik maguk is részesei voltak a történeteknek: emberek milliói tapadtak a képernyőre, nézték meg százszor is, ahogy a tornyok összeomlanak, és hallgatták meg a túlélők beszámolóit. (Később lesz szó róla, hogyan válik gyakorta a média a stressz közvetítőjévé.)

A túlélő tűzoltók gyásza nem enyhült. Sokan közülük nem voltak hajlandók elmerülni a szomorúságban, inkább jókedvet erőltettek magukra, nevetve és viccelődve emlegették fel elesett bajtársaik vicceit és baklövéseit. A manhattani Engine 40/Ladder 35 egység 12 tűzoltót veszített el, többet, mint bármely más tűzoltóság. Itt is, mint minden másik egységnél, azon járt a tűzoltók agya, mi történhetett az eltűnt bajtársaikkal. Öt hónappal a 9/11 után a 40/35-ös egység tagjai hírt vettek egy új felvételnek, amin az látszik, ahogy a 12 eltűnt tűzoltó belép a toronyba, ami percekkel később rájuk omlott. A videót messziről vették fel, de a mozgó alakok fokozatosan mind felismerhetővé válnak a képeken. A túlélők még egyszer láthatták barátaikat, akik soha többé nem tértek vissza. Rengetegszer megnézték a képsorokat (Halberstam, 2002).

A tűzoltók mások, mint a többi, közszolgálatot ellátó hivatás képviselői, mert sok időt töltenek együtt a tűzoltólaktanyákon. Mivel a tüzesetek és egyéb vészhelyzetek viszonylag ritkák, rengeteget vannak egymással, kártyáznak, beszélgetnek, közösen tévénének. A legtöbb tűzoltóegység bizonyos értelemben családnak tekinthető. Mindennek fényében talán jobban fel tudjuk mérni, mekkora stresszt jelenthetett nekik, hogy hirtelen és egyszerre többen is meghalnak a mindennapjaik szerves részét képező emberek közül. Ráadásul mindannyian kötelességüknek érezték a lehető legtöbb megemlékezésen és temetésen részt venni, így nem csupán a saját laktanyájuk hallottait temették el, de más laktanyák elhunytait is, akikkel együtt tanultak vagy együtt szolgáltak korábban. Egyeseknél egy évnél is több idő telt el, míg tartottak ezek a szívfájdító események, melyek minden alkalommal a másodlagos stressz forrásai voltak.

PROBLÉMA: A 9/11-es eseményekben részt vevő tűzoltók és a többi ember reakciói és tapasztalatai tipikusnak mondhatók stresszes helyzetekben? Mivel magyarázhatjuk, hogy az emberek stresszre adott testi és lelki reakciói nem egyformák?

Nem nevezhető tipikus emberi reakciónak, hogy valaki berohan egy összeomlás szélén álló épületbe. Ez a mások megmentésére kiképzett emberek tanult válasza. De mi a helyzet a túlélőknél gyakori büntudattal és az elhúzódó stresszreakcióval, amit a tragikus események folytonos újranézése vált ki – ezek „normális” stresszreakciónak nevezhetők? Milyen összefüggéseket találunk ezek és a mi, személyes stresszre adott válaszaink között? Ezeket a kérdéseket végiggondolva több dolog is felmerül:

- Stressz nem csak nagy tragédiák, katasztrófák és traumák során ér minket. A mindennapok során is számos stresszes helyzetet élünk meg a munkahelyünkön, az iskolában, a közlekedésben, vagy az egészségi állapotunk kapcsán. De arra biztosan felfigyeltünk már, hogy egyesek a legkisebb bosszúság hatására is „kiborulnak”, míg mások krízishelyzetben is képesek higgadtak



Egy felgyorsult kultúrában tipikusan a modern társadalmakra jellemző környezeti stresszorok vannak jelen.



A lassú tempóban élő társadalmak tagjai nem ugyanazokkal a stresszforrásokkal szembesülnek, mint a nagyvárosok lakói.

és összeszededtek maradni. Ráadásul egyesek gyorsan összeszedik magukat a stresszhatást követően, míg másoknak nehézséget okoz visszatérni a megszokott önmagukhoz. Mivel magyarázhatjuk, hogy ugyanarra a stresszforrásra eltérően reagálunk?

- Arról sem szabad elfeledkeznünk, miként változtak a stresszorok az elmúlt évszázadokban, és hogy milyen, a túlélést segítő stresszreakciók alakultak ki fajunkban az evolúció során. Manapság sok kultúrában nagyon felgyorsult az élet. Kérdés, miben különböznek a mai stresszorok azoktól a stresszforrásoktól, melyekkel őseinknek kellett szembenézniük.

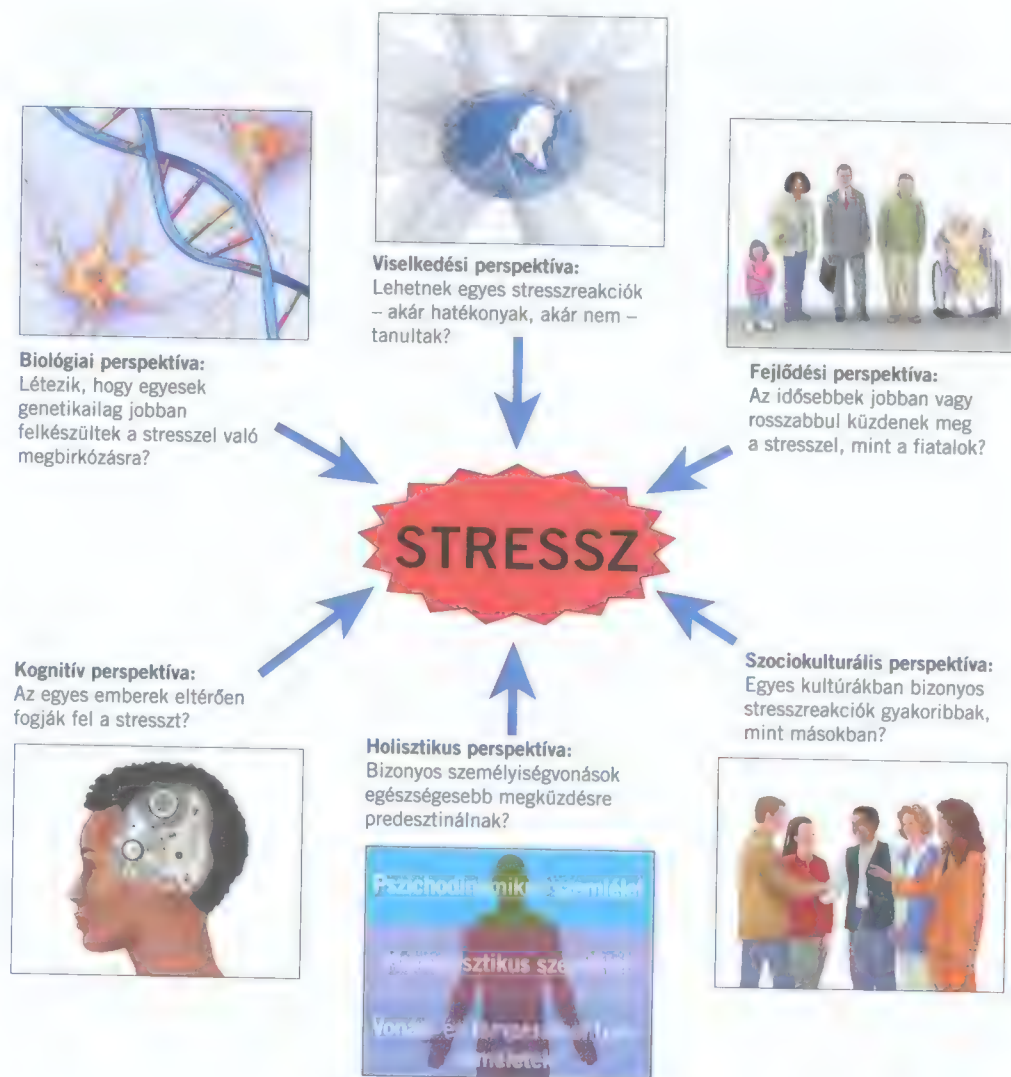
A stressz több szempontú vizsgálata

Hogy megérthessük az ember stresszre adott reakcióit, több szempontból is körül kell járnunk a témát. Mi minden zajlik le a testünkben és az agyunkban, ami befolyásolja a stresszhelyzetekre adott reakcióinkat? És miként befolyásolják a tudat folyamatai, a tanult dolgok, a személyiség, az adott élethelyzet és a társadalmi kontextus ezeket a fiziológiai reakciókat (14.1. ábra)?

Ha alaposan áttanulmányozzuk az ábrán látható perspektívákat, tudunk mondani példákat az egyes szempontokra?

Végül pedig, milyen mértékig vagyunk képesek kontroll alatt tartani a stresszreakcióinkat, és milyen potenciális árat kell fizetnünk testileg és lelkileg a stressz miatt? A jó hír, hogy nem kell leragadnunk a jelenlegi stressz-szintünkön, mert van rá mód, hogy hatékonyabban meg tudjunk küzdeni a stresszel. Ezért ez a fejezet meglehetősen pozitív konklúzióval zárul: nem csupán hatékony megküzdési stratégiákat ismertetünk, de bemutatunk egy új egészségpszichológiai perspektívát is, ami a jóllétet, a stressztűrő képességet és a boldogságot segíti elő. Mindennek tetejébe pedig az is kiderül: a legfontosabb, amit tehetünk a mentális és a testi egészségünkért, az a rendszeres testmozgás. Ha megértjük, hogyan és miért hat ránk a stressz, és megismerjük a leküzdésére irányuló legjobb gyakorlatokat, az életminőség-javító hatással lesz.

A fenti kérdések körüljárása során igyekezzünk fejben tartani, milyen stressz van jelen a mi életünkben, illetve miféle stresszfaktorokkal kellett megküzdenünk a múltban.



14.1. ÁBRA A stressz több szempontú vizsgálata

Majd gondoljuk végig, az e fejezetben előkerülő rengeteg információ hogyan lehetne a hasznunkra abban, hogy először is felismerhessük az életünkben lévő stresszforrásokat, majd javíthassunk azon, hogyan fogjuk fel a stresszt, és hogyan küzdünk meg vele. Bár elsőre úgy tűnhet, egy egyetemista élete kevésbé stresszes, mint egy tűzoltóé, a mentális egészségügyi intézményekben egyre több a felsőoktatásban tanuló páciens, illetve egyre több egyetemista követ el öngyilkosságot. Ezért érdemes megvizsgálni, honnan származik a tanulás során jelentkező stressz, és miként tudnának jobban megbirkózni vele a diákok.

14.1. KULCSKÉRDÉS

Mi okoz distresszt?

Mi jut eszünkbe, ha meghalljuk a stressz szót? A legtöbb embernek az életében jelen lévő nyomasztó dolgok: munkahelyi nehézségek, problémás párkapcsolat, anyagi gondok, egészségi bajok, és – diákok esetében – a vizsgák. A stresszről zsigeri reakciók is eszünkbe juthatnak: görcsbe ránduló gyomor, izzadás, fejfájás, a nyak és a hát izmainak megfeszülése. A köznapok beszédében elég hanyagul használjuk a stressz szót, akár igeként is (Lazarus et al., 1985). Ha például szoros munkahelyi vagy vizsgahatáridővel kell számolnunk, mondhatjuk, hogy most eléggé „stresszelünk”. A köznyelvben a stressz egyszerre jelent nehéz helyzetet, nagy nyomást, és az érzést, amit ez kivált belőlünk.

A pszichológusok azonban éles különbséget tesznek a kívülről érkező, stresszt okozó nyomás vagy esemény, illetve annak az egyénben kiváltott hatása között. A **stresszorok** azok a külső események, melyek stresszreakciót váltanak ki belőlünk. A következményes biológiai, lelki és/vagy érzelmi hatást, amit megtapasztalunk, nevezzük **stressznek** (Krantz et al., 1985). A **distressz** a negatív értékeléssel felruházott stresszreakciókat jelenti. A distressz egy potenciálisan káros biológiai válasz negatív kognitív értelmezése.

Egy példán keresztül nézve stresszort jelent a rendőr látványa, amint kiszáll az autójából és elindul felénk, miután a mobilunkat babrálva áthajtottunk a piroson, ő pedig leintett minket. Az erre a látványra adott stresszreakción – szapora pulzus, izzadó tenyér, felgyorsult légzés – mögött a stresszor által kiváltott biológiai változások állnak. A pszichés stressz – jelen esetben a distressz – a szégyen, az ostobaság érzése és a jogosítványunk miatti érzett aggodás (hacsak nem tudjuk kidumálni magunkat valahogy ebből a kellemetlen helyzetből).

Melyek a gyakori stresszorok a mai ember életében? A fejezet első részében azokkal a stresszorokkal ismerkedünk meg, melyek a legnagyobb hatást gyakorolják ránk. A mindennapos apró bosszúságoktól a párkapcsolati, családi, gyereknevelési zűrkön keresztül a terrortámadásokig sok minden tartozhat ide.

14.1. Központi fogalom

A traumatikus események, krónikus életviteli állapotok, a nagy változások, de még a kisebb problémák is kiválthatnak stresszreakciót.

A stressz az érzelmi reakció egyik típusa, ennek következtében az események interpretálása vagy **kognitív kiértékelése** fontos szerepet játszik a stresszorral való találkozás hatására átélt stressz mértékében. Egyes sportolók például a startpisztoly eldördülése előtti feszültséget idegességgént élik meg, míg mások izgatottségként. Mit gondolunk, melyik típusba tartozó futó nyeri meg nagyobb valószínűséggel a versenyt? Az előző példánkhoz visszatérve: az a járművezető, akit nem büntettek még meg közlekedési kihágásért, bizonyára kisebb distresszt él át, mint az, akinek már számos büntetőpontot sikerült összeszednie, és most az a veszély fenyegeti, hogy elveszik a jogosítványát, vagy drágább biztosítási kategóriába kerül. A kognitív felfogás különbözősége az oka, hogy az egyes emberek másként reagálnak a stresszorokra, és hogy különbözik a stresszel való megküzdésük hatékonysága is. Most pedig ezzel a tudással felfegyverkezve nézzük, melyek a legerősebb stresszorok.

Traumás stresszorok

A katasztrofális események, például a természeti katasztrófák és terrortámadások **traumás stresszoroknak** minősülnek. Egyéni szinten egy váratlan és nagymértékű változás, például egy szeretett személy halála, szintén traumás stresszor – függetlenül attól, hogy a halállal és az elválással mindenki találkozik az élete során. Először a természeti és az ember okozta katasztrófákat vizsgáljuk meg, majd rátérünk a személyes veszteségekre, végül a poszttraumás stresszre.

Katasztrófák 2008 májusában, nem sokkal a pekingi olimpia megnyitója előtt óriási erejű földrengés rázta meg Kína Szecsuan tartományát, amelyben mintegy 67 000 ember vesztette életét. Két évvel később Haitin és Chilében okozott óriási pusztítást földrengés, majd 2011-ben Japánban a földrengés kiváltotta szökőár tarolta le a partvidéket, megrongálva a fukusimai atomreaktort is. Az ilyen és hasonló természeti katasztrófák, akárcsak az emberek számlájára írható terrortámadások és háborúk, a **katasztrofális események** körébe tartozó traumás stresszornak számítanak. Jellemzően váratlanul fellépő, pusztító erejű és erőszakos eseményekről van szó, melyekhez értelemszerűen szélsőséges mértékű stressz társul, szeretett személyek és egy élet eredményeinek elvesztése. A pszichés és biológiai következmények ráadásul sokkal tovább éreztethetik hatásukat, mint ameddig a kiváltó esemény fennáll. Ez történt 9/11 után a tűzoltókkal és a mentésben részt vevőkkel is, akik hetekkel a tragédia után is újraélték a velük történeteket rémálmok, illetve napközbeni emlékbetörések képében.

A katasztrófák túlélőire irányuló vizsgálatok révén mostanra van némi betekintésünk abba, milyen módokon reagál az ember ezekre a traumákra (Asarnow et al., 1999; Sprang, 1999). Ilyen kutatásokat végezni nem egyszerű feladat, hiszen az etikai megfontolások miatt a pszichológusok még kisebb traumatikus eseményeket sem idézhetnek elő, hogy azok hatását tanulmányozzák. Kénytelenek tehát kivárni, amíg történik valamilyen katasztrófa, azonnal ott teremni, majd a túlélők és a szemtanúk elmondásai és reakciói alapján levonni következtetéseket.

Stresszvizsgálat a terepen A katasztrófákra adott reakciók megértésére nyújtottak lehetőséget az 1989-es t San Franciscó-i események. A stadionban éppen elkezdődött volna egy World Series (a Nemzeti Liga és az Amerikai Liga bajnoka csap össze) meccs a San Francisco Giants és az Oakland A's között. A nézők – köztük e könyv vezető szerzője – már a lelátókon ültek, amikor az egész stadion erősen remegni, rázkódni kezdett. A fények kialudtak, a kivetítők elsötétültek. A városban mindenfelé lángok csaptak fel, hidak dőltek össze, autópályák szakadtak le – és rengeteg ember meghalt.

Egy héttel a földrengést követően egy csapat kutatópszichológus utánkövetéses vizsgálatokba kezdett 800 helyi diák részvételével. A válaszok alapján egyértelmű mintázat rajzolódott ki: a földrengést túlélők életére mintegy egy hónapon át erősen rányomta bélyegét a természeti katasztrófa. Ezen idő leteltével már nem beszéltek kényszeresen a történetekről, nem folyton e körül jártak a gondolataik, de ezzel párhuzamosan megnőtt a körükben az olyan, stresszel kapcsolatos tünetek gyakorisága, mint az alvászavar, a kapcsolati problémák és a rémálmok (Wood et al., 1992). Bár a legtöbb tünet fokozatosan enyhült, a résztvevők körülbelül 20 százaléka a földrengés után egy évvel is mérhető mértékű distresszt mutatott (Pennebaker & Harber, 1991).

A természeti csapásokkal ellentétben az ember okozta katasztrófák, mint a bűncselekmények és a terrortámadások, még a fenyegetettség érzésével is súlyosbítják a stresszt, mert ezeket emberek követik el, még hozzá szándékosan. A **terrorizmust** úgy definiálhatjuk, mint az emberi rosszakarat okozta katasztrófát, aminek célja a társadalom szétfelbomlása félelelmeltetés és veszélyeztetés révén (Hall et al., 2002). Akárcsak a természeti csapások túlélői, a terrortámadások életben maradó elszennvedői is a distressz erőteljes tüneteiről számolnak be, ami hónapok alatt fokozatosan alábbhagy (Galea et al., 2003). A különbség a két esemény között annyi, hogy a terrortámadások túlélői esetében hosszú távú változások állnak be a fenyegetettségérzés terén. Az érintettek vizsgálataiból tudjuk, hogy a 9/11 vagy a 2005-ös londoni robbantások hatására az emberek 50–75 százaléka a támadást követően egy évig vagy még tovább is aggódott a saját és a családtagjai biztonságáért (Rubin et al., 2005; Torabi & Seo, 2004; Weissman et al., 2005).

A katasztrófákra adott pszichés reakciók A természeti és az ember által előidézett katasztrófákra adott pszichés reakciók egy meghatározott sorrend szerint szoktak lejátszódni: először jön a sokk, utána az intenzív érzelmek, végül az élet újraszervezésére irányuló küzdelem (Beigel & Berren, 1985; Horowitz, 1997). Cohen és Ahearn (1980) öt olyan szakaszt azonosítottak, amelyen jellemzően keresztülmennek a túlélők:

1. Közvetlenül az esemény bekövetkezése után a *pszichés bénultság* állapotába kerülnek az érintettek, sokkhatás és zavarodottság lesz úrrá rajtuk, percekig vagy akár napokig nem képesek teljes mértékben felfogni, mi is történt. A súlyos, váratlan és erőszakos, pusztító katasztrófák egyszerűen lerombolják mindazt, amit a világról gondolunk, amit a működéséről feltételezünk. Az elképzelhetetlen egyszer csak szörnyű valósággá válik.
2. A második szakaszt az *automatikus cselekvés* jellemzi. Az érintettek kevésbé vannak tudatában mindannak, ami történik velük, és később csak hiányosan képesek felidézni számos részletet. Ebben a szakaszban a cselekedeteiket nemigen jellemzi a végiggondoltság és a megfontolt ráció – rutinokat követnek, nem pedig kidolgozott tervek alapján tesznek bármit is.
3. A *közösségi összefogás szakaszában* az emberek összefognak, összeteszik, amijük van, együtt próbálnak megoldást találni. Büszkéek a teljesítményükre, ugyanakkor megviseltek és kimerültek, és tisztában vannak vele, hogy az energiatartalékaikat élik fel. Jellemzően értesítik a családtagjaikat, barátaikat, szomszédaikat arról, hogyan haladnak, illetve ha segítségre van szükségük.
4. Ezt követi a *leeresztés* fázisa. Elfogy az energia, az emberek kimerültek, most tapasztalják meg igazán a tragédia súlyát. A történetek iránti érdeklődés lanyhul, a túlélők úgy érzik, magukra hagyták őket, még ha a mentés és a helyreállítás folytatódik is.
5. A *felépülés* hosszan tartó szakasza alatt a túlélők igyekeznek alkalmazkodni a tragédia okozta változásokhoz. A természeti és az üzleti környezet megváltozásával a közösség is változáson megy keresztül.

A reakciók e sorrendje tipikusnak mondható egy katasztrófát követően. A szakaszelméletek a jól elkülönülő változásokat hangsúlyozzák az egyén életszakaszai vagy -eseményei során. Azt ne feledjük azonban, hogy nem vonatkoztatható a teljes populációra sem a szakaszok sorrendje, sem pedig az, hogy minden szakasz mindenkivel megtörténik-e. A fent bemutatott elmélet tehát az egyéni tapasztalatokban közös gyakori jellemzőket igyekszik rendszerré szervezni. A stresszreakciók szakaszelmélete ebből a szempontból hasznos eszköz, mert egyrészt képes összesíteni az egyes emberek beszámolóit, másrészt segít felkészülnünk arra, hogy ha a jövőben történne ilyesmi, mire számíthatunk, és mikor milyen segítségre lesz szüksége a túlélőknek, milyen programokat kell előre kidolgozni.

A kutatók arra is felhívják a figyelmet, milyen fontos a történetek vagy narratívák szerepe a feldolgozásban. Hogy tanulhassunk a katasztrófális veszteségekből, olyan narratívákat alkotunk, melyek megfogalmazzák, mi és miért történt. Különösképpen hajlamosak vagyunk narratívák alkotására, ha egy esemény meglepő vagy kellemetlen (Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1985), illetve ha ellentmond a legalapvetőbb elvárásainknak (Zimbardo, 1999). A narratívák segítenek mélyebb jelentést, értelmet találni a történetekben, ami meggyorsítja a feldolgozást és a gyógyulást.

A média és a traumák A katasztrófális események mindig is főhelyet vívtak ki maguknak a médiában, ráadásul az internet korában a többi ember fájdalmának képei és hangjai rengeteg mindenkihez elérnek, és akárhányszor megnézhetők. A nézők pedig nem immunisak ezekre a felvételekre, és könnyen előfordulhat, hogy „másodlagosan” traumatizálódnak a hatásukra.

Egyetemisták arról számoltak be, hogy számos alkalommal megnézték a WTC-tornyok összeomlását, ahogy a fejezet elején szereplő tűzoltók is újra meg újra megnézték azt a felvételt, amelyen utójára látták élve a társaikat. Utóbbiak pontosan tudták, hogy a barátaik, kollégáik percekkel belül halottak lesznek. Vajon a számtalan újránézés terápiás hatással volt rájuk? A hagyományos felfogás szerint az, hogy láthatták a barátaikat a felvételen, egyfajta lezárás élményét nyújthatja nekik, és a társaik hősiessége némi értelmet adhatott számukra a tragédiának. Már csak az a kérdés, hogy ha ezt elérték, miként csökkenthetné az a stresszt, ha ezt követően is újra meg újra megnézik a képsorokat?

Kutatások egyértelműen bebizonyították, hogy a katasztrófák felidézése és újbóli átélése önmagában is stressz forrása. Súlyos stressz a **másodlagos trauma** is, amit az vált ki, ha valaki mások traumájának a szemtanúja, és így maga is részesévé válik a traumának (McCann & Pearlman, 1990). Lehet szó repülőgép-szerencsétlenségről, egy távoli országban történt zavargásokról vagy természeti katasztrófákról, egy dolog számít csak: mennyire van valaki kitéve a stresszornak. Schuster és munkatársai azt találták (2001), hogy minél hosszabb időt töltött valaki azzal, hogy nézte a 9/11-ről szóló beszámolókat a tévén, annál nagyobb valószínűséggel tapasztalta magán később a stressz tüneteit. Mi több, országszerte a válaszadók 90 százaléka – olyanok is, akiket senki és semmi nem fűzött New Yorkhoz vagy a többi támadás helyszíneire – számolt be arról, hogy a terrortámadásokat követően a stressz legalább egy tünetét mutatta. A katasztrófák újraélése révén a médián csüngők, beleértve azokat is, akik biztonságos távolban élnek a történésektől, pszichésen bevonódnak az áldozatok szenvedéseibe, és mérhető stresszt élnek át.

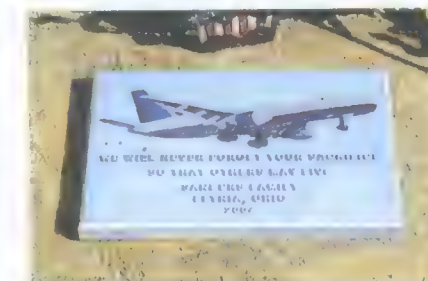
Annak ellenére, amit a másodlagos traumatizálódásról tudunk, a stresszártalom csökkentésére szolgáló egyik legelterjedtebb módszer a katasztrófák helyszínére elsőként érkező rendőrök, mentők, tűzoltók és katonai egységek számára a kritikus eseményt követő *debriefing* vagy beszámoltatás (*critical incident stress debriefing, CISD*). Ennek során a katasztrófa helyszínén dolgozókat kisebb csoportokban lényegében rákényszerítik arra, hogy beszéljenek a szörnyű élményeikről. Mindenkinek el kell mesélnie a saját szavaival, amit átélt, a többieknek pedig meg kell hallgatniuk őt. Gondoljuk végig: miért sült el ez a módszer visszafelé, és miért *fokozhatja* a distresszt, ahelyett, hogy csökkentené?

Kulturális különbségek a katasztrófákra adott reakciókban A 2011 márciusában Japánt sújtó földrengés és szökőár a legnagyobb pusztítást végezte az országban a II. világháború végén ledobott atombombák óta. A létező legroszszabb forgatókönyv valósult meg. Először jött a földrengés, ami tízméteres szökőárt váltott ki. A víz teljes falvakat söpört el, több ezren haltak meg vagy veszítették el az otthonukat, maradtak fedél és élelem nélkül a hidegben. Ezt követte a fukusimai atomerőmű üzemzavara, ami sugárveszéllyel fenyegette az ország lakosságát. És mégis, az egymást követő katasztrófák ellenére a legtöbb japán megőrizte a hidegvérét, nem vetkőzött ki magából, nem vetette le erkölcsi gátlásait. A helyszínre érkező harcedzett újságírókat is megdöbbenetette, milyen kulturáltan és összeszedetten vették fel a küzdelmet a japánok a káosz ellen. Nem voltak fosztogatások, nem nőtt a bűnözés. A megrongálódott úthálózaton kialakult, tízórányi várakozással járó dugókban még egy dudaszó sem hangzott fel!

Az udvariasságot, a csoportkonszenzust fontosnak tartó, a többi ember felé törődéssel forduló kollektivistákultúrában az emberek zokszó nélkül siettek egymás megsegítésére, és megosztották egymással az a keveset, amijük volt. A japán kultúra szakértői az ország vallásának megnyugtató rituáléiban rejlő spirituális erőre vezetik vissza ezt a fajta viselkedést. A legtöbb japán a buddhista vagy a sintó vallást követi. Mindkettőre jellemző, hogy a lelki és a testi szenvedést a könyörületesség gyakorlásán keresztül és a halálnak az élet részeként való elfogadásával igyekszik enyhíteni. Duncan Williams, a japán vallás tudósa szerint a buddhizmus jelenlegi formájában kevésbé hangsúlyozza a természeti világot, inkább a társadalomra, a családra és az államra irányuló rituálék kerültek előtérbe (Grossman, 2011).



A 9/11-es terrortámadás minden borzalmával együtt a hősiesség számos megnyilvánulása mellett sem mehetünk el szó nélkül. A United Flight 93-as járatának utasai például összefogtak a gépeltérítők ellen.



A halál biztos tudatában is hőiesen helytálló utasoknak köszönhető, hogy a gép nem a sűrűn lakott Washington D.C.-ben csapódott be, hanem Pennsylvania egy kihalt területén. Az utasok bátor helytállásáról film és dokumentumfilm is készült.

Személyes veszteségek Sok más fajhoz hasonlóan az ember is társas lény: a túlélésünk a fajtársainktól függ. Elveszíteni egy szeretettünket nagy stresszel jár, még akkor is, ha nem ér minket váratlanul a halála, mert régóta beteg volt. A váratlan, hirtelen halál trauma – az e rész végén olvasható, az élet nagy változásait felsoroló listán a házastárs halála a legnagyobb stresszel járó életesemény (Holmes & Rahe, 1967; Scully et al., 2000). A **gyász** a személyes veszteségre adott érzelmi reakció, összetett, bonyolult érzés, amiben a szégyentől a haragon át a tehetetlenségig, a büntudatig és a kétségbeesésig sok érzelmek helyt kap (Raphael, 1984). Akár egy szeretett személy halálát gyászoljuk, akár egy kapcsolat végét, akár egy áruló barát elvesztését, megtapasztaljuk a magány és az elszigeteltség érzését, és nehezen megválaszolható kérdésekkel kell szembenéznünk. Ilyenkor az élettel kapcsolatos alapvető feltételezéseink kérdőjeleződnek meg, és kénytelenek vagyunk egy megváltozott valósághoz adaptálódni (Parkes, 2001). Ennek eredményeképpen az identitásunk és a jövőre vonatkozó terveink örökre megváltozhatnak (Davis et al., 1998; Janoff-Bulman, 1992).

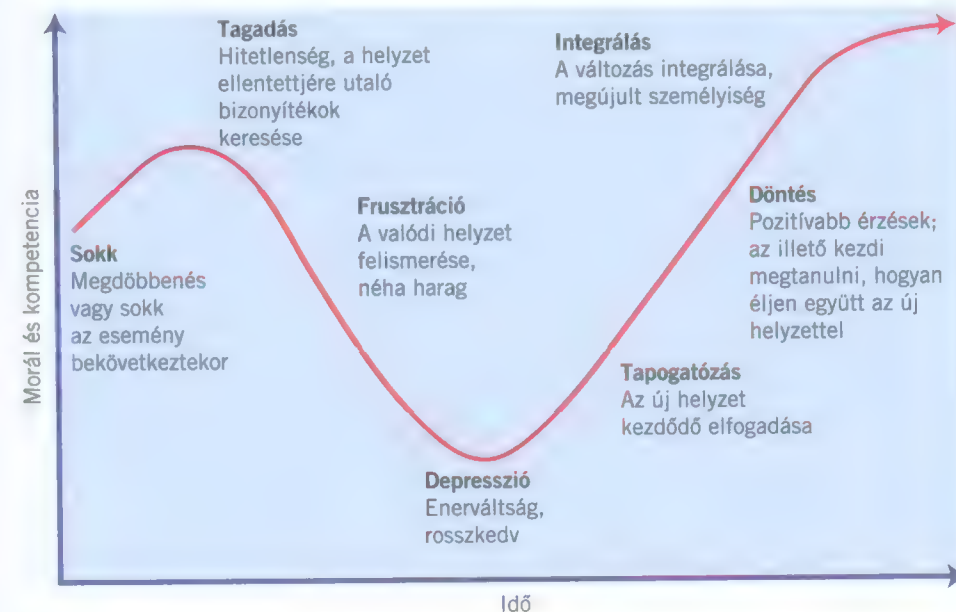
A pszichológusok a gyászt normális, egészséges folyamatnak tartják, aminek révén egy nagy változáshoz igyekszünk alkalmazkodni. Itt nincsenek „helyes” módszerek vagy „normális” időtartam (Gilbert, 1996; Neimeyer, 1995, 1999). Egyes szakértők a lezárást ajánlják, a Gestalt-pszichológia terminológiájával élve, azaz hogy egy befejezetlen, tökéletlen, nem teljes helyzetet elfogadjunk és teljesnek értelmezzünk. De a gyászfolyamat terén szakértő pszichológusok pont ennek az ellenkezőjét látják hasznosnak, és sokkal inkább az **integrálást** ajánlják. Hogy ezt megérthessük, gondoljunk valakire, akit szeretünk, és aki már meghalt. Talán „túlléptünk” már a halálán, és nem gondolunk rá annyit, de attól még ott él az emlékeinkben, képek, érzések és gondolatok révén marad élő számunkra, és még mindig része annak, ami mi vagyunk (Harvey, 1996; Harvey et al., 1990). A gyász utolsó szakaszára ezért inkább úgy kell tekinteni, mint egy folyamatos integrációs folyamatra, aminek során az elvesztett személy az én-narratívánk részévé válik, és a fontos – akár jó, akár rossz, de nekünk jelentős – emlékeink közé kerül (Murray, 2002). E folyamat jobb megértését segíti a 14.2. ábra.

A gyászfolyamat során kénytelenek vagyunk interakcióba lépni másokkal éppen akkor, amikor különösképpen sérülékenynek érezzük magunkat, és nem vágyunk társaságra. Ironikus módon a segítséggel és együttérzéssel felénk forduló barátok néha csak fokozzák a stresszt. Hollander (2004) írta, amikor meghalt az első férje, majd pár hónappal később az édesanyja is: „Rendben vagyok, jól vagyok? Mintha mindenki ezt kérdezné tőlem... Sokszor nem is tudom, mit feleljek erre a kérdésre” (201–202. o.). A barátai kellemetlenül érezték magukat, amikor nyíltan sírt előttük, arra biztatták, hogy próbáljon jobb kedvre derülni, legyen ismét önmaga. Hollander viszont arra jutott, hogy a fájdalmas érzéseken való túllépést nem lehet és nem is szabad siettetni: „Nekem nem célom a lezárás... Rendben vagyok, pontosan azért, mert sírok...” (204. o.).

Ne sírj már! Különösen stresszes lehet a gyász, ha mások minimalizálni próbálják a minket ért veszteséget, és nem mutatnak együttérzést. A halál, a válás vagy a hasonló traumák jogosságát elismerik formális részvétnyilvánítások révén, az emberek elmennek a temetésre, meglátogatják a beteget a kórházban, szentimentális üdvözlőkártyákat küldenek, a gondozók, ügyvédek és orvosok pedig szakértő segítséget nyújtanak (Lensing, 2001). De az élet sok egyéb fájdalmas helyzete nem rendelkezik ilyen hivatalos „státusszal”, így a közösség figyelmen kívül hagyhatja ezeket. Például ha valaki elvetél, ha elköltözik a legjobb barátja, ha egy gyerek szomorú, amiért meghal a kedvenc sorozatában a kedvenc

szereplője, nem sok szimpátiára számíthat a környezetétől. Az ő **el nem ismert gyászuk** olyan veszteség köré épül, amit a többi ember nem ért meg, így nem gyászolhatnak olyan közösségi rítusok által, mint egy temetés, egy gyászmise, vagy egy megemlékezés. A többi ember negatív reakciójától tartva az ilyen gyásztól sújtott ember megpróbálhatja elrejtetni a szomorúságát, de magában tovább szenved (Doka, 1989, 1995; Rickgarn, 1996).

Ha vannak támaszaink, akikben megbízunk, az segíthet megbirkózni a veszteséggel és a traumával (Harvey, 1996; Penebaker, 1990). Ezekben a nehéz időkben ott vannak még a szakértő tanácsadók és pszichoterapeuták is, akik bizonyosan komolyan veszik a gyászunkat. A „bizalom” másféle formája is terápiás hatással lehet, gondolunk itt a naplóvezetésre, az érzéseink leírására.



14.2. ÁBRA A Kübler-Ross-féle változási görbe

Az Elisabeth Kübler-Ross eredeti, a gyász és a veszteségérzet szakaszait bemutató munkája alapján készült görbe hasznos keretrendszert nyújt annak megértéséhez, milyen fázisokon megyünk keresztül, miközben adaptálódunk a veszteséghez és integráljuk ezeket a tapasztalatainkat.

A megalázottság mint veszteség Melyik jelentene nekünk nagyobb stresszt: ha meghalna a szerelmünk, vagy ha elhagyna minket egy másik partner kedvéért? Mindkét esetben elveszítjük azt, akit szeretünk. Utóbbi esetben azonban a veszteség mellé még szégyenérzet és megalázottság is társul. Egy vizsgálat során több ezer emberrel készítették interjút, majd kategorizálták a személyes veszteségeiket, illetve más, életeseményi stresszorokat. Ugyancsak felmérték a szorongás és a major depresszió tüneteit a résztvevőknél. Az eredmények szerint az elhagyott személyeknél nagyobb valószínűséggel alakult ki depresszió, mint azoknál, akiknek meghalt a partnerük (Kendler et al., 2003). Az eredmények vizsgálatakor a kutatók felfigyeltek arra, hogy a partner halála egy „tisztán

veszteség” kategóriába eső dolog, tehát nincs benne jelen a gyászoló személy részéről saját maga hibáztatásának vagy értéktelenségének érzése. Ezzel szemben ha az embert elhagyják, „az kérdéseket vet fel benne... például megalázottnak érzi magát, mert úgy érzi, elveszítette korábbi státusát, az önbecsülését, és a saját értékességébe vetett hitét” (National Public Radio, 2003a).

Egy újabb vizsgálatban a kutatók azzal foglalkoztak, hogy a stressz különböző típusai hatására milyen gyorsan lesznek az emberek depressziósak. Az életeseményeket aszerint csoportosították, hogy tartalmaztak-e **célzott visszautasítást**, amit úgy definiáltak, mint „egy személy aktív és szándékos szociális visszautasítása valaki más vagy mások által”. Az eredmények szerint azok, akik célzott visszautasításban részesültek egy életesemény kapcsán, háromszor olyan gyorsan estek depresszióba, mint akik más típusú stresszt éltek át (Slavich et al., 2009). Érdekes módon ezek a hatások hasonlóak voltak, akár munkahelyi (például valakit kirúgtak), akár magánéleti kontextusban (például szakítás) jelentkezett a visszautasítás. Egy utánkövetéses vizsgálatban arra derült fény, hogy a depresszió kockázata különösképpen megnövekedett, ha az egyént a *genotípusa* (lásd I. kötet, 2. fejezet) különösen fogékonyra tette a fájdalomra (Slavich et al., 2014). Összefoglalva tehát, azok a stresszorok, melyek megalázással vagy **társas visszautasítással** járnak, nemcsak nagyobb valószínűséggel, de gyorsabban is vezetnek klinikai depresszióhoz (Slavich et al., 2009, 2010a). Egyesek pedig különösen érzékenyek a szociális fájdalomra vagy a visszautasításra.

Mit gondolunk, miért érinti annyira érzékenyen az embert a megalázás és a visszautasítás?

Állatvizsgálatok kimutatták, hogy a főemlősök csapataiban, például a vándorló életmódot élő páviánoknál, a státusukat elvesztő egyedek elveszítik az étvágyukat, alárendelődők és alázasok lesznek, illetve a stressz számos biomarkerének mennyisége azonnal és jelentősen megugrik a szervezetükben (Sapolsky, 1998).

Evolúciós értelemben a szociális státus elvesztésének komoly, a túlélést fenyegető következményei vannak (Slavich & Irwin, 2014). Azzal, hogy fellépnek az ilyesfajta veszteségek megelőzéséért, az ember és a főemlősök a túlélésük valószínűségét növelik. A visszautasítás miatt talán azért lesz rossz érzésünk, mert erre van *szükségünk*.

Talán a visszautasításhoz társuló depresszió és megromló önbecsülés óv meg minket attól, hogy ostoba és bizonytalan kapcsolatokba lépünk bele, így kerülve el az újabb visszautasítást vagy megaláztatást.

Kiközösítve Mind olvastunk vagy hallottunk olyan történeteket, mint amelyet Nathaniel Hawthorne *A skarlát betűje* feldolgoz. A kiközösítés évszázadokon át bevett módszer volt azok megbüntetésére, akik a közösség által erkölcsellenesnek tartott tettet követtek el. Az elmúlt néhány évtizedben ennek a fajta aktív visszautasításnak a helyét egy finomabb, de nem kevésbé fájdalmas módszer, a passzív elkerülés vette át. A legtöbbünknek jól ismert eljárásról általában az általános iskolában kapunk először ízelítőt. A forgatókönyv nem

túl bonyolult: egy csapat gyerek elhatározza, hogy kiveti maga közül azt, aki nem illik oda, mert kövér, csúnya, okos, szegény, kocka stb. – az ürügy a világon bármi lehet. És onnantól kezdve elkerülik, kiközösítik az illetőt. Sajnálatos módon egyeseknél ez a fajta viselkedés még a felnőttkorban is jellemző.

A kiközösítés egyfajta néma zaklatás. Az áldozat jellemzően nem tudja, miért kiközösítették ki a többiek, csak annyi világos neki, hogy többé nem tagja a csoportnak, talán semmilyen csoportnak sem.

Ha úgy érezzük, szándékosan kiközösítettek minket, két opció közül választhatunk: felemelt fejjel továbblépünk, nem vesztegetve az időnket arra, hogy megpróbáljuk kideríteni, mi vezetett a helyzethez. Vagy beleállhatunk a dologba, és „tisztázó beszélgetésre” invitálhatjuk a másik felet, ahol elmondjuk neki(k), hogy úgy érezzük, szándékosan kerül(nek) minket, szeretnénk tudni az okát. Ily módon lezárhatjuk a dolgot, talán még tanulhatunk is valami fontosat magunkról vagy a minket szándékosan negligálókról.

Utóbbi megoldást választotta senior szerzőnk, Phil Zimbardo is, amikor középiskolás korában a családjával New Yorkból a kaliforniai Észak-Hollywoodba költözött. Mindig nagyon népszerű gyerek volt, a többiek kedvelték, elismerték az eszét és a vezetői képességeit, emellett jó sportoló is volt. De az új iskolában már az első napon teljes és kíméletlen kiközösítés volt a sorsa! Az osztálytársai közül senki nem volt hajlandó mellé ülni, de a menzán és az aulában is azonnal felkeltek és elmentek, ha leült valaki mellé. Ez a bánásmód annyira megrázta, hogy súlyos asztma alakult ki nála, ami miatt otthon kellett maradnia, ráadásul egyáltalán nem tudott aludni. (Ez egyértelműen pszichés védekezési válasz volt, ami testi tüneteket váltott ki, azaz pszichoszomatikus reakció lépett fel.)

Tavasszal aztán sikerült bekerülnie az iskola baseballcsapatába. Amikor egyszer egy meccsre utaztak, Phil úgy döntött, most már tudni akarja a társai viselkedésének az okát. Így hát odament a buszon az egyik fiúhoz, és kerek percc rákérdezett, mit követett el, amivel kiérdemelte ezt a bánásmódot. A válasz teljesen ledöbbenetett: „Sokan félnek tőled, mert azt gondolják, hogy a családod az északi-parti maffia tagja, hiszen olaszok vagytok, te vagy az egyetlen olasz ebben az iskolában, ezért jobb inkább elkerülni téged, nehogy feldühítsünk valamivel.” Mondanunk sem kell, hogy szegény fiú semmiféle maffiakapcsolattal nem rendelkezett, vékonydongájú, szelíd gyerek volt, ezért a válasz igencsak meglepte.

De akkor már mindegy is volt. A család végül az asztma miatt visszaköltözött Bronxba, ahol – ez bizonyára senkit sem lep meg – a betegség is megszűnt.

Bocsássunk hát meg azoknak, akik átnéztek rajtunk, és hagyjuk őket a feledés jótékony homályába süllyedni. Inkább azokra pazaroljuk az időnket, akik feltétel nélkül szeretnek minket, és akiket mi is szerethetünk.

Poszttraumás stressz A súlyos megrázkódtatáson – például nemi erőszakon, fegyveres harcon, verésen vagy kínzáson – átesők hónapokkal, de akár évekkel a traumát követően is tapasztalhatják a stressz késői jeleit. Ez a késleltetett reakció akár élethosszig is eltarthat. A **poszttraumás stressz szindróma (PTSD)** során az egyén újra átéli a traumához társuló pszichés és testi reakciókat. Az Egyesült Államokban majd minden 12. ember él át élete során PTSD-t, az esetek több mint harmadában a tünetek tíz évnél is tovább állnak fenn. A PTSD-től szenvedők által elmondottak szerint gyakori kiváltó trauma, hogy szemtanúi voltak valaki meggyilkolásának vagy súlyos sérülésének, bántalmazásának, túléltek egy természeti katasztrófát vagy egy súlyos balesetet. A férfiak esetében



Egyes főemlősöknél, például a Zimbabweban élő medvepáviánoknál, az emberihez feltűnően hasonlóan működik a stressz. Amikor a domináns hím agresszíven közeledik egy másik hímhez, és behódolásra kényszeríti, az alacsonyabb rangú egyed hasonló stresszreakciókat mutat, mint egy visszautasított ember.

gyakoribb trauma a fizikai támadás, a háborús élmények, a tűzvész, az emberrablás, míg nőknél a nemi erőszak, a szexuális zaklatás, a tetteges bántalmazás és a gyermekkori elhanyagolás fordul elő többször. (Bower, 1995a).

Nőknél gyakrabban lépnek fel a poszttraumás stressz szindróma tünetei egy traumatikus eseményt követően (Tolin & Foa, 2006), illetve a latinók nagyobb kockázatnak vannak kitéve, mint a fehér vagy a fekete amerikai lakosság (Pole et al., 2005). A háborús élmények vagy a fizikai/szexuális bántalmazás mellett a fatális autóbaleset (az érintett lehet a vezető vagy túlélő utas is) és a pusztító természeti katasztrófák a PTSD leggyakoribb okai.

Mik a PTSD tünetei? A poszttraumás stressz áldozatai jellemzően zavartságról, dezorganizáltságról, emlékezeti nehézségekről számolnak be (Arnsten, 1998). Érzelmileg bénultnak érzik magukat, semmilyen közösséget nem éreznek a többi emberrel, a pozitív történetekben alig lelik örömeiket. Ezenkívül gyakori tünet még az alvászavar, az életben maradás miatt érzett büntudat, és a szélsőséges „ugrásra készség” (tágra nyílt szemek, a levegő kapkodása, szokatlan reakciók a vélt hirtelen fenyegetésekre). A nemi erőszak áldozatai például nem engednek magukhoz senkit sem közel, harag emészti őket, és félnek egyedül maradni (Baron & Straus, 1985; Cann et al., 1981).

A PTSD hosszú távú biológiai következményekkel is járhat (Crowell, 2002; Sapolsky, 1998). Az agy a szélsőséges erősségű vagy túl hosszán tartó stressz hatására fizikai változásokon megy keresztül. A hormonrendszer szabályozása például olyan módon változhat, hogy az egyén a legenyhébb stresszorra is szélsőségesen reagál.

A poszttraumás stressz szindróma katonáknál Bár a *poszttraumás stressz szindróma* nem túl régi kifejezés, történelmi forrásokból tudjuk, hogy a tünetei egyáltalán nem voltak ismeretlenek a régi korok emberei előtt sem. A katonáknál jelentkező tüneteket „harc-téri idegsokk” néven emlegették hosszú ideig. A vietnami háború elején fordult mind nagyobb figyelem az állapot felé, amikor a frontot megjárt veteránok mintegy 30 százalékánál tapasztalták a tüneteket. Jelenleg a katonai pszichológusok már a helyszínen nyújtanak legalább némi segítséget a harcok miatti stressz kezelésében az iraki és az afganisztáni háborús övezetekben, illetve számos oktatási program segíti a katonákat és a családjaikat abban, hogy felkészültebben állhassanak a helyzethez, amikor a katona hazatér, és meg kell küzdenie a poszttraumás stresszel. És bár a katonaság és a hadviselés kulturális normái évszázadokig azt várták a katonáktól, hogy ne beszéljenek a pszichés tüneteikről – ami hozzájárult a stigmatizáltság érzéséhez, és megakadályozta, hogy az érintettek segítséget kérjenek –, ezek az új programok segítenek az érintetteknek a lassú felépülésben és a hatékony **megküzdésben**.

A *Battlemind* nevű programot például abból a célból hozták létre, hogy a katonáknak realisabb képük legyen a harcterről, tudják, mire számíthatnak ott, illetve segítsék őket visszailleszkedni a civil életbe, ha hazatértek. Az első kutatások szerint a programban részt vevő katonák kevesebb PTSD-tünetről számolnak be, mint a hagyományosabb kiképzésben részesülő társaik (Munsey, 2007). Jobb alkalmazkodást tesz lehetővé, ha tudjuk, mire számíthatunk, a később bekövetkező eseményekhez hatékonyabban tudunk alkalmazkodni, ha rendelkezésünkre áll egy ilyen keret.

A katonáknál jelentkező PTSD-re irányuló mind több kutatás feltárt egy érdekes új bizonyítékot az agy bizonyos PTSD-tünetekben játszott szerepéről. A kanadai idegkutató,

Ibolja Cernak fontos vizsgálatából kiderült (2015), hogy a robbanást túlélő katonáknál gyakran lép fel emlékvésztes, romlik a koncentrációs készségük, lassul a reakcióidejük, és nehézséget okoz nekik még az egyszerű matematikai műveletek elvégzése is – még abban az esetben is, ha az illető katonát nem terítette le a légnyomás. Azt még nem tudják biztosan a kutatók, pontosan hogyan hat az agyra a légnyomás, de abban egyetértés látszik, hogy a robbanás ereje károsítja az agyműködést. Az Irakból és Afganisztánból hazatérő veteránok akár 20 százaléka is elszenvet valamilyen ehhez hasonló traumás agyi sérülést, és a kutatók úgy vélik, hogy a robbanással járó légnyomás neurológiai hatásai lehetnek a felelősek a PTSD-vel diagnosztizált egyes veteránok kognitív hiányosságaiért (Bhattacharjee, 2008).

A PTSD ígéretes új kezelési módja E régóta ismert probléma újfajta megközelítése szerint az állapot inkább tekinthető a gondolkodás folyamatait károsító traumatikus élmény okozta mentális sérülésnek, mintsem mentális zavarnak. Márpedig a sérülések megfelelő kezeléssel gyógyíthatók. Egy innovatív új terápia többtucatnyi háborús veterán esetében bizonyult hatásosnak: ennek során arra tanították meg őket, hogy kiegyensúlyozottabb *időperspektívára* (lásd III. kötet, 10. fejezet) tegyenek szert, és ezzel helyettesítsék azt a torz fókuszot, ami miatt a múltbéli negatív időzónában ragadtak. Az időperspektíva a világ időbeliségének személyes megélése, ami irányulhat a múltra, a jelenre és a jövőre egyaránt. A torzult időperspektívával élő személy szélsőséges módon csak az egyik idősíkra koncentrál, míg a kiegyensúlyozott időperspektívával rendelkező képes váltani ezek között annak megfelelően, ahogyan egy adott feladat vagy helyzet megkívánja. Az **időperspektíva-terápia** során arra biztatják a klienst, hogy idézzon fel pozitív emlékeket is a háborút követő időkből, keverje hozzá azokhoz a régi emlékeihez, amikor élvezetes dolgokat csinált a családjával, a barátaival, majd mindehhez adja hozzá a rövid és a hosszú távú jövőbeli céljait. Ez a terápia általában nyolc terápiás ülés alatt eredményt hoz, és az utánkövetés szerint több mint négy évvel később is enyhítő hatással van a tünetekre (Zimbardo et al., 2012).

Krónikus stresszorok

Az előző részben ismertetett stresszorok – természeti és ember okozta katasztrófák, személyes veszteségek és poszttraumás stressz – váratlanok. A **krónikus stresszorok** viszont állandósult vagy folytonosan visszatérő stresszforrások, melyek a hatásukat az idő múlásával, lassan fejtik ki. Ilyenek lehetnek például az anyagi nehézségek, a párkapcsolati problémák, a rossz életkörülmények. A világ egyik legnagyobb stresszforrása a szegénység. Az alábbiakban öt krónikus stresszort vizsgálunk meg alaposabban: a szociális stresszorokat, a kiegészítő, a másodlagos traumás stresszt, a nagy jelentőségű életeseményeket és a mindennapos bosszúságokat.

Szociális stresszorok A legtöbbünknek a fő stresszforrást nem a nagy katasztrófák jelentik, hanem a szociális stresszorok, azaz a társadalmi, kulturális vagy gazdasági környezetből fakadó valamilyen gyakori nyomás. Ezek a stresszorok ölthetik otthoni, iskolai vagy munkahelyi nehézség képét, de közös jellemzőjük a krónikus, tehát tartósan fennálló vagy folytonosan visszatérő voltuk. A szociális stresszorok közé tartozik a munkanélküliség, a szegénység, a rasszizmus és minden olyan helyzet, állapot, amikor

az egyén azért szenved hátrányt, mert egy adott csoport tagja vagy egy adott státusban van. Az USA-ban és sok más országban is egyre több ember nélkülözi az otthon kényelmét – ők képezik tulajdonképpen az utcán élő hajléktalanok „kasztját”.

Egy, a munkával kapcsolatos stresszt és az egészséget vizsgáló kutatás szerint a munkanélküli férfiak körében gyakoribb a depresszió, a szorongás, és jobban aggódnak az egészségük miatt, mint azok a férfitársaik, akiknek van munkájuk. Csodálatos módon ezek a tünetek általában megszűnnek, ha az érintetteknek sikerül ismét munkát találniuk (Liem & Rayman, 1982). Egy országos felmérés megdöbbentő eredményei hatékonyan illusztrálják, milyen komoly stresszforrás az anyagi helyzet: a válaszadók 75 százaléka említette a pénzt mint stresszort (American Psychological Association, 2015b). Az ilyen helyzetek a pszichés és a testi egészségre is komoly terhet rónak, főleg a szegény rétegek és a kisebbségi csoportok esetében.

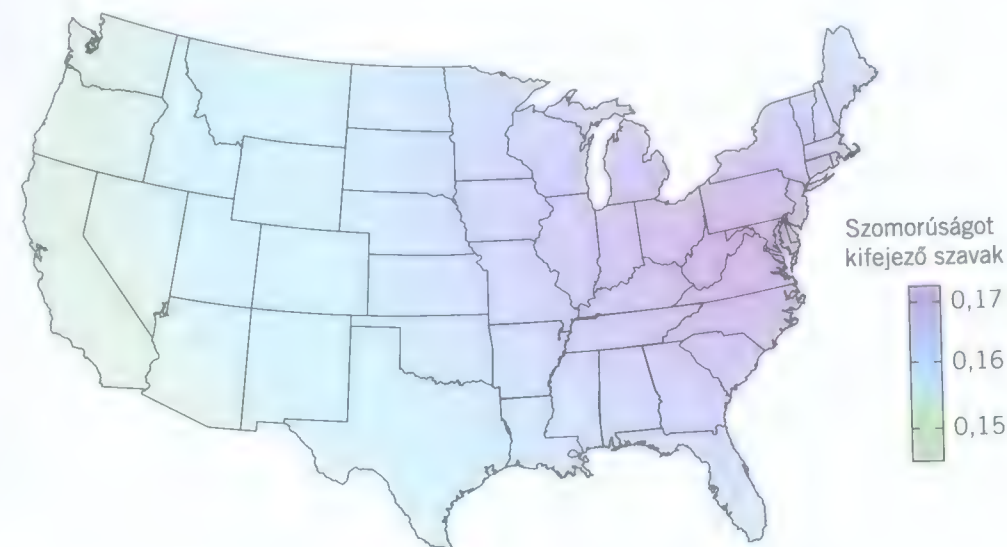
Az előítéletek és a diszkrimináció ugyancsak jelentős stresszforrás lehet (Contrada et al., 2000). Hogy miként? Itt van mindjárt a magas vérnyomás, ami igen gyakori az afroamerikaiak körében, és amiről hosszú ideig úgy vélték, feltűnő gyakorisága genetikai okokra vezethető vissza. Csakhogy a magas vérnyomás gyakorisága korrelációt mutat a silány és megalázó munka, a korlátozott oktatási lehetőségek és az alacsony szocioökonómiai státus jelentette, napi szinten megmutatkozó negatív hatásokkal (Klag et al., 1991). Ráadásul a szegénységben élők kevésbé férnek hozzá megfelelő egészségügyi ellátáshoz, és nagyobb valószínűséggel élnek az egészséget veszélyeztető környéken, ahol például ólomtartalmú festék van a házakban, nagyobb a zaj, és bandaháborúk zajlanak az utcákon. Az ilyen helyzeti tényezők hatnak a gyerekek kognitív fejlődésére, és a felnőttekre is számos káros testi és mentális hatást gyakorolnak (Evans et al., 1998; Staples, 1996).

Hogyan hat a szegénység az agyra? Lehetséges, hogy a szegénység képes összezsugorítani az agyunkat (a folyamat már az anyaméhben elkezdődik) és korlátozott kognitív működést eredményez? Ezzel a zavarba ejtő konklúzióval állt elő egy idegkutatókból álló csoport, akik több mint ezer felnőttet és gyereket vontak be a vizsgálatukba az USA több nagyvárosában. A résztvevőkről agyi képalkotó felvételek készültek, a kutatók a számításaikat az agyi struktúrában jellemző etnikai csoportbeli különbségekhez arányították. Az így kapott eredmények szerint a legszegényebb körülmények (az éves jövedelem 25 000 dollár alatt volt) közül érkező gyerek agyának felszíne 6 százalékkal volt kisebb, mint a tehetősebb családok (150 000 dollár feletti éves jövedelem) gyermekeié. A legszegényebb családokban alig néhány ezer dollárral kevesebb jövedelem is nagyobb agyfelület-vesztéssel járt együtt. A leginkább érintett agyfelszíni területek között voltak a beszédfeldolgozó és a döntéshozó képességeket, illetve az emlékezetet és az olvasást érintő régiók. Ez azt jelenti, hogy egy szegénységben felnövő gyerek olyan hátrányokkal kezdi az iskolát, melyek akadályozzák őt a sikeres teljesítésben, és ugyanez érvényes az élet más területeire is (Noble & Sowell, 2015).

A média által generált érzelmek jelentette stressz A világ minden táján történő tragédiákról és drámákról beszámoló média ugyancsak stresszforrást jelenthet. Iskolai lövöldözés, gyerekrablás, repülőgép-szerencsétlenség és rengeteg egyéb olyan esemény híre zúdul ránk, ami halállal és szenvedéssel jár. Csupa szörnyűség, ami mind ártatlan emberekkel történik. Még ha nem is ismerjük személyesen az áldozatokat, el tudjuk képzelni

a szenvedéseiket, és ez szomorúvá tesz minket. De az együttérzés és a szánalom képes szorongássá változni bennünk, amikor elképzeljük, hogy mindezek a dolgok velünk vagy egy szerettünkkel esnek meg. Gondoltuk volna, hogy az emberek érzelmei annak függvényében változnak, mennyire vannak közel a médiafigyelmet kiváltó esemény forrásához – térben és időben egyaránt?

A Columbia Egyetem egy kutatócsoportja ennek vizsgálatára egy új, de mostanra mindenkinek ismerős forrást használt: a Twittert. Azt a széles körben elterjedt nézetet igyekeztek vizsgálni, ami szerint egy médiaeseményre adott érzelmi reakció intenzitása annak megfelelően csökken, minél távolabb vannak a reagálók térben az eseménytől. Arra is kíváncsiak voltak, alábbhagy-e az érzelmi intenzitás, ahogy mind több idő telik el az eseményt követően. A 2012. december 14-én a connecticuti Newtown Sandy Hook általános iskolában történt végzetes lövöldözés kapcsán vizsgálták a tweeteket a tragédiát követő hat hónapon keresztül. Azt találták, hogy minél több idő telt el, és minél messzebb voltak az üzeneteket küldők a helyszíntől, annál jobban csökkent a tweetekben a szomorúságot mutató indikátorok száma – csakhogy a szorongást jelző indikátoroké ezzel párhuzamosan *nőtt*. Tehát idővel és a távolság növekedésével az emberek kevésbé érezték magukat szomorúnak az eset kapcsán, de annál jobban szorongtak (14.3. ábra). A szorongás fokozódása összefüggésben volt az esetre vonatkozó kauzális gondolatokkal, azaz minél többet töprengett valaki azon, hogyan történhetett meg egy ilyen szörnyűség, képzelte el a lövöldözést, és gondolkozott el azon, milyen valószínűséggel történik meg mindez újra, annál jobban szorongott (Doré et al., 2015).



14.3. ÁBRA A Sandy Hook-i lövöldözést követő stressz vizsgálata tweeteken keresztül

A legszorombbakk a tragédia helyszínéhez legközelebb élők voltak, az eset után közvetlenül. Azonban minél több idő telt el, a szorongás mértéke csak nőtt, ahogy az emberek azon gondolkodtak, hogyan történhetett meg a tragédia, és megtörténhet-e ismét.

Kiegészítés Korábban említettük a munkanélküliséget mint stresszforrást, de az sem véd meg minket a stressztől, ha van állásunk, még ha jól meg is fizetnek. Mi több, a munka önmagában krónikus stresszforrás lehet, ami testi és lelki következményekkel jár a munkavállalóra nézve. A folyamatosan nagy stresszel járó munka **kiegészítés**hez vezethet. Ezt az állapotot az állandó kimerültség, a cinizmus, a munkától való eltávolodás, a nem hatékony munkavégzés és az eredményesség érzésének hiánya jellemzi (Maslach & Leiter, 1997). Christina Maslach, e széles körben elterjedt probléma kutatója jegyzi meg, hogy a kiegészítést elsőként az olyan hivatást végzők körében írták le, akiknek a munkájuk során nagyon intenzív emberi kapcsolatokat kell fenntartaniuk. Ilyenek az orvosok, a tanárok vagy a szociális munkások (Maslach, 1982). Ma már tudjuk, hogy a kiegészítés bármilyen szakma képviselőinél előfordulhat, de még egyetemistáknál, a gyermekükkel otthon lévő szülőknél vagy önkéntes munkát végzőknél is. A kiegészítést meg tapasztalók nem érzik, hogy kötődnének a munkájukhoz, nem érzik eredményesnek a munkavégzésüket, és cinikusan viszonyulnak a munkatársaikhoz vagy a klienseikhez. Menekülni igyekeznek a munkájuktól, kerülnek a munkavégzést, a teljesítményük romlani kezd. A kiegészítés számos negatív következménnyel mutat korrelációt: lógás, fluktuáció, hanyatló teljesítmény, családi problémák és megromló egészség (Maslach et al., 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998). Vannak országok, ahol a polgárok a stresszel összefüggő kiegészítés miatt olyan sokat vannak betegszabadságon, hogy az több száz millió dollárjába kerül az országnak évente. A kiegészítés a krónikus stressz egy nagyon jelentős forrása.

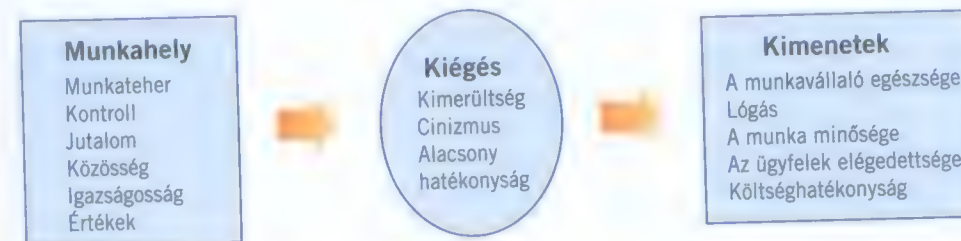
Mostanában a kutatások elkezdtek a kiegészítés pozitív alternatívájára, a **munkavállalói elkötelezettségre** is figyelni (Schaufeli & Bakker, 2004). A kiegészítés-elkötelezettség kontinuum gyakorlati jelentősége abban rejlik, hogy az elköteleződés jelenti a kiegészítés elleni beavatkozások célját. Ez a keretrendszer lehetővé teszi, hogy elgondolkodjunk rajta, adott munkahelyen mely tényezők azok, melyek valószínűleg fokozzák a munkavállalók energiáit, életkedvét, lendületét és rugalmasságát, elősegítik a feladatokban való aktív részvételüket, és biztosítják elkötelezettségüket az iránt, hogy hatékony és eredményes munkát végezzenek.

Bár akadnak rá bizonyítékok, hogy létezik a kiegészítésnek egyéni kockázati szintje, sokkal több bizonyíték támasztja alá azt, hogy a helyzeti változók hordozzák a valódi kockázatot. Más szóval: a munkahely a személyiségnél sokkal nagyobb prediktív értékkel rendelkezik arra nézve, hogy jelentkezik-e majd kiegészítés a dolgozók között. A kiegészítés több mint húszéves, számos országban végzett kutatása után a kutatóknak sikerült meglehetősen sok munkahelyi kockázati tényezőt azonosítaniuk (Maslach et al., 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998). A *vagy-vagy* kérdés (a személy *vagy* a munkahely jelenti a kockázatot?) helyett azonban érdemesebb az *is-is* keretében vizsgálni a témát. A kiegészítés mögött egyéni és munkahelyi változók egyaránt fellelhetők, a kulcskérdés az, hogy a tényezők milyen kombinációja vagy interakciója felelős a kiegészítésért.

A szervezetpszichológia korai modelljei (French et al., 1974) szerint minél jobban illik egymáshoz a munkavállaló és a munkahely, annál simább működés és annál kevesebb stressz valószínűsíthető. Az ilyen modellek alapján alkotta meg Maslach és Leiter (1997) a kiegészítés modelljét, ami azt mérte, mennyire illenek vagy nem illenek egymáshoz a munkavállaló és munkahelyi környezete legfontosabb aspektusai (14.4. ábra). Minél nagyobb az össze nem illés mértéke, annál nagyobb a kiegészítés valószínűsége, ennél fogva minél jobban egyezik a munkavállaló a munkahelyi körülményeivel, annál biztosabban lesz elkötelezett a munkája irányában.

Melyek ezek a kulcsfontosságú jellemzői egy munkahelynek? Hat olyan területet azonosítottak, amit relevánsnak találtak a munkavállaló és a munkahely kapcsolata szempontjából: a munkateher, a kontroll mértéke, a jutalmazás, a közösség, az igazságosság és az értékek (Maslach & Leiter, 2005).

1. A **munkateher** és a **kontroll** azt mutatja meg, mennyit kell dolgozni, mennyire megterhelő a munka, és hogy a munkavállaló milyen fokú autonómiát kap a munkavégzésben.
2. A **jutalom** arra utal, hogy mennyire közelít egymáshoz a munkahely által nyújtott jutalmazás és a munkavállaló szerint járó, illetve értékesnek tartott elismerés.
3. A **munkahelyi közösség** támogatásának mértéke és a munkahelyi konfliktusok adják a **közösség** tényezőt.
4. Az **igazságosság** alatt azt értjük, hogy mennyire közelít egymáshoz az egyenlő bánásmód és igazságosság tényleges, illetve a munkavállaló szerint elvárható mértéke.
5. Az utolsó tényező, az **értékek** a munkahelyi célok és elvárások kognitív és érzelmi erejét mutatja meg.



14.4. ÁBRA A munkavégzés és a kiegészítés kapcsolata

A kiegészítést befolyásoló hat bemeneti tényező és az öt mérhető kimenet sematikus modellje

Ha a munkavállaló és a munkahely között nincs egyezés ezen a hat kulcsfontosságú területen, az valószínűsíti a kiegészítést. Optimizmussal töltötte el a kutatókat e tényezők azonosítása abból a szempontból, hogy lehetőség kínálkozik a korai felismerésre és olyan intervenciós technikák kifejlesztésére, melyek révén fokozható a munkavállalók elkötelezettsége (Maslach & Leiter, 2008).

A kiegészítés tehát nem csupán egyéni probléma vagy az adott ember jellemgyengesége, mint azt valaha gondolták. A hatékony megelőzéshez szükség van mind a munkaadói, mind pedig a munkavállalói oldal felelősségvállalására abban, hogy az elkötelezett munkavégzést elősegítő környezetet teremtsenek, hogy jobban illjen egymáshoz a munka és

a dolgozó, illetve hogy olyan döntéseket hozzanak, melyek a munkavállaló hosszú távú egészségét és a munkaadó érdekeit egyaránt szem előtt tartják (Leiter & Maslach, 2014).

Másodlagos traumás stressz A 9/11-es terrortámadást követően a New York-i Ladder Company 5 tűzoltóegységben szolgáló O'Neill hadnagy nap nap után csatlakozott társaihoz az eredménytelen keresőmunkában. Egyik nap ahelyett, hogy munka után hazament volna, bement egy kórházba, hogy segítséget kérjen a stresszel kapcsolatos tünetei megszüntetésében. Az őt ellátó orvosnak elpanaszolta, milyen szörnyűségekkel szembesül. Csak hogy O'Neill feltételezésével ellentétben, miszerint egy orvos képes mindezt elviselni, a doktornak a kórház pszichológusához kellett fordulnia, miután kezelte O'Neillt. „Teljesen kiborult az általam elmesélt történet hallatán – emlékezett vissza O'Neill –, mert ő is elvesztette egy barátját a tragédiában... Néhány napig nem is ment munkába” (Smith, 2003b, 259. o.). Láthatjuk, hogy még az objektivitásra trenírozott orvosok és terapeuták sem védettek a **másodlagos traumás stressztől** (Sabin-Farrell & Turpin, 2003).

Amikor a segítő szakmák képviselői túl sok szörnyűséggel és áldozattal találkoznak, fennáll náluk a másodlagos traumatizálódás veszélye. Ez egyfajta pszichés kimerültség állapota: az illető stresszesnek, lelkileg bénultnak vagy közömbösnek érzi magát azokkal szemben, akiknek segítenie kellene, mert túl hosszán volt kitéve a szenvedéseiknek (Figley, 2002). Ezért hívják az állapotot másodlagosnak, mert a trauma nem közvetlenül hat az érintettekre, hanem „másodkézből”. Az állapot következményei hasonlóak a kiegészítéshez: az illető többé nem talál örömet a munkájában, és kerüli azokat, akiknek pedig segítenie kellene. A traumatikus történetekben fuldokló, érzelmileg kimerült orvos, szociális munkás stb. érzelmileg eltávolodik a klienseitől, és kezdi túlzásba vinni a „hallgatás mint válasz” módszer alkalmazását. Emellett a saját diszkomfortérzete és fájdalma csökkentése céljából minimalizálja, elhessegeti magától mindazt, amit a traumatizáltaktól hall (Baranowsky, 2002). Ha egy terapeuta vagy egy lelkész úgy érzi, nem képes többé meghallgatni a klienseket/híveket, onnantól nem képes ellátni a feladatát. A másodlagos traumás stressz és a kiegészítés nem csupán a segítő hivatások egyes képviselőit sújtja, hanem egész szakmáknak jelent gondot. Szerencsére az ilyen területen dolgozókat megtanítják az állapot figyelmeztető jeleire, hogy idejében tudjanak lépni. A kutatások szerint az alábbiak jelentenek segítséget:

- Először is, az érintetteknek *a segítségben talált öröme* kell fókuszálniuk, arra az érzésre, ami az adott pályára vonzotta őket. Ha sikerül a munkatársakkal egy összetartó, jól együttműködő csapatot létrehozni és működtetni, az szintén fokozza a „munkahelyi” elégedettséget. Valahányszor csak mód nyílik rá, találkozniuk kell gyógyult, a bajból kilábaló kliensekkel, páciensekkel is, hogy lássák, a munkájuknak van értelme (Collins & Long, 2003).
- Bár egyfelől fontos, hogy őszintén törődjenek azokkal, akiknek segíteni igyekeznek, a segítő szakmákban dolgozóknak nem szabad túlságosan bevonódnuk a kliensek problémáiba, mert a kliensek tapasztalatai, élményei feletti kontroll hiánya kudarcérzéshez vezethet (Keidel, 2002).
- A traumatizáltaknak tanácsadást nyújtó újoncok sokszor egyszerűen elkerülik a stresszes beszélgetéseket, míg a tapasztaltabbak már jobban képesek közvetlenül megküzdni a saját stresszel (Pinto, 2003).

- Nem szabad túl sok önkéntes munkát vállalni. Azok az önkéntesek, akik szeptember 11-e után több szervezetnek is dolgoztak, nagyobb kockázatnak voltak kitéve a másodlagos traumatizáció szempontjából (Roberts et al., 2003), mint azok, akik csak egynek, például a Vöröskeresztnek.

Végül pedig, a segítő és a készenléti hivatásban dolgozóknak nagy segítséget jelent a humor – de ezzel is csínján kell bánni! Az ízléstelen poénok és a morbid humorizálás csökkentheti a szorongást, és a bajtársiasság érzetét keltheti, mégis óvatosan kell bánni ezekkel a viccekkel. Mivel a nevetés nem elfogadott reakció, amikor tragédiák történnek, a humor alkalmazásának mindig esetre szabottnak kell lennie, ügyelni kell a környezet érzékenységre, semmiképpen sem szabad megbántani vagy megsérteni azokat, akiknek éppen elég kijutott már a szenvedésből (Moran, 2002).

Nagy jelentőségű életesemények Egy kapcsolat kezdete vagy vége mindig a számvetések, az érzelmi hullámvasút, a feszültség és a zűrzavar ideje. Korábban már beszélünk a váratlan személyes veszteségek hatásairól. De nem csak a hirtelen változások okozhatnak stresszt: egy új munkahely, az egyetem elkezdése vagy befejezése, vagy – ironikus módon – még egy nyaralás is lehet stresszforrás! Még a várt, örömmel fogadott események, például egy gyermek születése is gyakorta jár nagy élethelyzeti változásokkal, az új igényekhez és életstílushoz való alkalmazkodás követelményével. Ha az adott eseményt – például egy izgalmas új munkalehetőséget vagy a házasságkötést – jó dolognak tekintjük, akkor főleg nem szoktuk felismerni, milyen hatást gyakorolhat a stressz-szintünkre. Általánosságban tehát azt mondhatjuk, hogy bármilyen változás lehet stresszforrás – minél nagyobb fordul az életünk, annál nagyobb hatással van ránk.

Mit szólnánk hozzá, ha azt mondanánk, hogy létezik egy egyszerű kérdőív, amivel felmérhetjük az aktuális stressz-szintünket? Évtizedekkel ezelőtt Thomas Holmes és Richard Rahe pszichológusok fejlesztették ki ezt az eszközt. Elsőként azonosítottak egy jó csomó gyakori stresszes eseményt, és rengeteg megkérdezett válasza alapján átlagolták, ezek az események mennyire számítanak stresszesnek a megkérdezettek életében. Az eredmények elemzése után megalkották a **Holmes–Rahe-féle életesemény-skálát** (Social Readjustment Rating Scale, SRRS), ami 43 különböző, eltérő erősségű stresszkeltő életeseményt sorol fel a házastárs halálától a terhességen át az új munkáig vagy a tilosban parkolásért kapott bírságig. Minden életeseményhez egy meghatározott értéket rendeltek aszerint, hogy milyen mértékben változtatja meg az életet, így bárki kiszámíthatja az aktuális stressz-szintjét annak alapján, hogy az utóbbi időben mi történt vele, csak össze kell adnia az események „stresszértékét”.

A kutatások valóban találtak összefüggést az életesemények és a stressz között. Egy gyermek születése például azzal jár együtt, hogy romlik a szülők elégedettsége a házasságukkal (Cowan & Cowan, 1988). Megalkotása óta az SRRS-t világszerte több ezer vizsgálatban vetették be, és azt találták, hogy a legkülönbözőbb kultúrákban is alkalmazható. Mégis óvatosan kell eljárunk a kapott értékek értelmezésekor, tekintettel mindarra, amit tudunk a kognitív kiértékelés szerepéről a stressz során. A skálának létezik egy speciális változata is, amit a diákok stressz-szintjének mérésére fejlesztettek ki (Crandall et al., 1992). Ha egyetemisták vagyunk, ezt meg is csinálhatjuk a következő *Próbáljuk ki magunk!* részben.

Próbáljuk ki magunk! MENNYIRE STRESSZES EGY EGYETEMISTA ÉLETE?

Ez az 1992-ben kifejlesztett kérdőív speciálisan egyetemistáknak készült (Crandell et al., 1992), és eredetileg írógéppel kapcsolatos problémák is voltak benne – ezeket természetesen kivettük belőle. A felsorolt események mindegyike stresszort jelent, azokat kell bejelölni, melyek velünk is megtörténtek az elmúlt egy hét során, vagy jellemzőek voltak ebben az időszakban az életünkre. A végén számoljuk össze a kapott pontokat.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anyagi problémák | <input type="checkbox"/> Iskola mellett dolgozom |
| <input type="checkbox"/> Valaki megszegte egy nekem tett ígéretét | <input type="checkbox"/> Viták, értékbeli konfliktusok a barátokkal |
| <input type="checkbox"/> Haláleset (családtag vagy barát) | <input type="checkbox"/> Másnaposság |
| <input type="checkbox"/> Küzdelem a tanulmányi osztályon ügyintézőskor | <input type="checkbox"/> Problémák vannak a számítógéppel |
| <input type="checkbox"/> Koncentrációs nehézségek | <input type="checkbox"/> Elvesztettem valami nagyon fontosat/értékeset |
| <input type="checkbox"/> Túl sok vizsgám volt | <input type="checkbox"/> Elpusztult egy állatom |
| <input type="checkbox"/> Egy befejezetlen munkán gondolkodtam | <input type="checkbox"/> A családomtól nem kapok támogatást (nem pénzbelit) |
| <input type="checkbox"/> Valaki bosszúságot okozott | <input type="checkbox"/> Rosszul teljesítettem egy feladat során |
| <input type="checkbox"/> Vizsgaidőszakom volt | <input type="checkbox"/> A vártnál rosszabb jegyet kaptam egy vizsgámra |
| <input type="checkbox"/> Együtt élek a barátommal/barátnőmmel | <input type="checkbox"/> Részegen alig jutottam haza |
| <input type="checkbox"/> Keveset aludtam | <input type="checkbox"/> Hamis személyit használtam |
| <input type="checkbox"/> Felvételiztem mesterszakra | <input type="checkbox"/> Interjún voltam |
| <input type="checkbox"/> Úgy éreztem, ideje lenne elköltöznöm | <input type="checkbox"/> Projektjeim, kutatási feladataim vannak |
| <input type="checkbox"/> Betegség, sérülés | <input type="checkbox"/> Rosszul szerepeltem egy vizsgán |
| <input type="checkbox"/> Elrontották a frizurámat | <input type="checkbox"/> Nem sikerült mindennel végezni, amivel kellett volna |
| <input type="checkbox"/> Bűncselekmény áldozata lettem | <input type="checkbox"/> Rossz híreket kaptam |
| <input type="checkbox"/> Előadást kellett tartanom | <input type="checkbox"/> Egy ideje már nem szexeltem |
| <input type="checkbox"/> Megváltoztak a munkakövetelményeim | <input type="checkbox"/> Valaki elém tolakodott a sorban |
| <input type="checkbox"/> Állásra jelentkeztem | <input type="checkbox"/> Összetűzésem volt egy tekintélyszeméllyel |
| <input type="checkbox"/> Ugyanarra a napra kellett minden tárgyból beadandót írni | <input type="checkbox"/> Távkapcsolatban élek |
| <input type="checkbox"/> Vitakoztam a barátommal/barátnőmmel | <input type="checkbox"/> Keményen tanultam egy vizsgára |
| <input type="checkbox"/> Nem volt időm enni | <input type="checkbox"/> A szüleim válnak |
| <input type="checkbox"/> Nehéz hét áll előttem | <input type="checkbox"/> Másoktól függök |
| <input type="checkbox"/> Úgy éreztem, csoportnyomás nehezedik rám | <input type="checkbox"/> Szervezetlennek érzem magam |
| <input type="checkbox"/> Sok határidőm van | <input type="checkbox"/> Szakítottam a barátommal/barátnőmmel |
| <input type="checkbox"/> Felkészületlenül mentem vizsgázni | <input type="checkbox"/> Próbálok dönteni a szakjaimról |
| | <input type="checkbox"/> Magányosnak érzem magam |
| | <input type="checkbox"/> Konfliktusaim vannak a szobatársammal |
| | <input type="checkbox"/> Pénzügyi problémáim vannak |
| | <input type="checkbox"/> Meglátogatott egy rokonom, őt kellett szórakoztatnom |
| | <input type="checkbox"/> A szüleim a pénzzel tartanak sakkban |
| | <input type="checkbox"/> Nem találtam parkolóhelyet |
| | <input type="checkbox"/> Hangoskodtak odakint, miközben tanulni próbáltam |

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Valaki az engedélyem nélkül vett tőlem kölcsön valamit | <input type="checkbox"/> Rájöttem, hogy megcsal a barátom/barátnőm |
| <input type="checkbox"/> Pénzt kellett kölcsönkérnem, hogy bérletet tudjak venni | <input type="checkbox"/> Nem értettem a tanár magyarázatát |
| <input type="checkbox"/> Megbeszélésem volt egy tanárommal | <input type="checkbox"/> Igyekszem bejutni egy szakra vagy egy másik egyetemre |
| <input type="checkbox"/> Környezeti változás (pl. új orvos, fogorvos stb.) | <input type="checkbox"/> Késik a menstruációm |
| <input type="checkbox"/> Felzaklató tévéműsort/filmet láttam vagy könyvet olvastam | <input type="checkbox"/> Függségeim vannak |
| <input type="checkbox"/> Elkéstem az előadásról | <input type="checkbox"/> Tantárgyfelvétel volt |
| <input type="checkbox"/> Rapszodikus volt az időbeosztásom | <input type="checkbox"/> Későig fenn maradtam, mert egy beadandót írtam |
| <input type="checkbox"/> Megloptak | <input type="checkbox"/> Nem hívott fel az, akitől hívást vártam |
| <input type="checkbox"/> Szünet volt | <input type="checkbox"/> Végigültem egy unalmas előadást |
| <input type="checkbox"/> Kikapott a kedvenc csapatom | <input type="checkbox"/> A jövőmről gondolkodtam |

Összesen:

Hány pontunk lett összesen? Az alábbiakban megadjuk az egyes pontszámokhoz társuló stressz mértékét, így képbe kerülünk arról, mekkora stressz nehezedik ránk egyetemistaként.

0-7: nagyon alacsony stressz-szint

16-23: az egyetemisták körében átlagosnak mondható stressz-szint

40+: nagyon magas stressz-szint

A tesztet többször is elvégezhetjük más-más időpontokban, illetve összevethetjük az eredményeinket a barátaink eredményeivel.

Mindennapos bosszúságok Képzeld el, ahogy egy nehéz munkanap után bevásárolni mennénk, de dugóba kerülünk. Amikor nagy nehezen odaérünk a bolthoz, bosszankodva látjuk, hogy pont elfogyott az a termék, amit venni szerettünk volna. Miután választunk a megszokott márka helyett egy másikat, a pénztárnál közli velünk egy ingerült pénztáros, hogy itt nem fogadják el a hitelkártyánkat. A felsoroltak mindegyike egy viszonylag kis bosszúság és frusztráció, egyike sem hasonlítható egy természeti csapás tragédiájához. De a pszichológusok megerősítették, hogy a kis bosszúságok stresszszokozó hatása összeadódhat, különösen, ha gyakoriak ezek az esetek, és személyes konfliktusok is vannak közöttük (Bolger et al., 1989).

A technológiára erősen támaszkodó, rohanó világunkban a legnagyobb mindennapos bosszúságot a „várakozás” jelenti. Az, hogy várni kell valamire, ahelyett, hogy azonnal a miénk lenne, vagy azonnal elintéződne, egyfajta modern kori stresszor: várakozunk a buszra, a kiszolgálásra az étteremben, ülünk a dugóban, várjuk, hogy betöltsön végre a dokumentum, amivel dolgoznunk kellene.

Minden problémás incidens bosszúság lehet, de vannak olyan gyakori bosszúságtípusok – orthon, a munkahelyen, az iskolában egyaránt –, melyek frusztrációval is járnak, amit az vált ki, hogy nem sikerül elérnünk a célunkat. Egy vizsgálatban férfiak és nők egy csoportjának egy teljes éven át naplót kellett vezetniük a napi bosszúságaikról, illetve fel kellett jegyezniük a nagy élethelyzeti változásokat és a testi tüneteket is. Egyértelmű összefüggés mutatkozott a bosszúságok és az egészségügyi problémák között: minél gyakoribbak és intenzívebbek voltak a bosszúságok valakinek az életében, annál rosszabb mentális és testi egészség volt rá jellemző (Lazarus, 1981, 1984, 1999). Ennek az ellenkezője ugyancsak igaznak bizonyult: ahogy megritkultak a bosszúságok, úgy erősödött a szerencsés illető esetében a jóllét érzése (Chamberlain & Zika, 1990). Elmondhatjuk tehát, hogy a sok apró bosszúság végül éppolyan komoly stresszorrá áll össze, mint egy erősebb hatású stresszor (Weinberger et al., 1987).

A kognitív kiértékelés is szerepet játszik abban, hogy a bosszúságok végül milyen hatást tudnak gyakorolni ránk. Ha egy frusztráló helyzetet úgy fogunk fel, hogy ez már „túl sok”, vagy a jóllétünket fenyegető tragédiát kerekítünk belőle, úgy tényleg nagyobb hatással lesz ránk, mint ha kevésbé fontos történésként tekintenénk rá (Lazarus, 1984).

Egyesek különösen hajlamosak arra, hogy úgy tekintsenek a világra, mintha minden és mindenki csak arra keresne módot, hogy őket bosszantsa. Egy vizsgálat kimutatta, hogy a pesszimista egyetemisták több bosszúságot élnek át, és rosszabb az egészségi állapotuk (Dykema et al., 1995). Ezzel az eredménnyel jól illusztrálhatjuk, hogy a korreláció nem jelent ok-okozati összefüggést, azaz azt tudjuk, hogy korreláció van a bosszúságok és az egészségi állapot között, de azt nem, hogy e két jelenség között ok-okozati-e a kapcsolat. Egyfelől, ha valaki úgy érzi, őt rengeteg bosszúság éri, az rossz hatással lehet az egészségére, de az is elképzelhető, hogy az eleve nem túl jó egészségi állapota miatt érzi az illető az apró-cseprő dolgokat is bosszantónak. Az is lehetséges, hogy egy harmadik változó áll a korreláció mögött. Például a pesszimisták nagyobb valószínűséggel észlelik az apróságokat is bosszúságnak, és nagyobb valószínűséggel vannak egészségi problémáik.

Az egyik módja annak, hogy csökkentsük az életünkben a bosszúságok számát, ha megpróbálunk másként tekinteni rájuk. Próbáljuk humorral elvenni a minket mostanában ért bosszúságok életét, szemléljük őket tágabb perspektívából, és gondoljuk végig, végül is mennyire lényegtelenek voltak ezek az esetek. Ha a mindennapos bosszúságokra apróságokként tekintünk, képessé válunk arra, hogy jó és produktív módon

viszonyuljunk hozzájuk, és akár még nevéssük is egyet ezeken a dolgokon. Elnyelte a kávéautomata a pénzünket? Hát, így jártunk. Ennyi, lépünk tovább. A mindennapos bosszúságokhoz nincs sorvezető, mindenki másként fogja fel és éli meg őket. Amit az egyikünk szinte észre sem vesz, az másvalakinek elképesztően idegesítő lehet. Az egyik ember teljesen kiborul a dugóban, a másik lehetőséget lát arra, hogy végre nyugodtan hallgathasson egy kis zenét a kocsiában, vagy csak nézelődjön. Ha úgy tűnik nekünk, hogy az életünk bosszúságok sorozata, sokat lendíthetünk a lelkiállapotunkon, ha rendszeresen újraértékeljük a minket érő bosszúságokat. Ha az ember kimegy a természetbe – sétál egyet a közeli parkban vagy a tóparton, biciklizik, túrázik, vagy elmegy a helyi állatkertbe –, az szinte mindig segít. Hamarosan azt is elmondjuk, hogy a kognitív újraértékelés miként játszhat központi szerepet a stresszel való megküzdés stratégiáiban.

[PSZICHOÜGYEK]

Stressz az egyetemen

A felsőfokú tanulmányok megkezdése nagy változást jelent az ember életében, így nyugodtan nevezhetjük stresszornak. Egy vizsgálat során arra az eredményre jutottak, hogy a golyák háromfázisú stresszen mennek keresztül.

1. Az új helyzet, az új szerepek, az új környezet és az új kapcsolatok először sokként érik a hallgatókat, ugyanakkor nagyon izgalmas is mindez.
2. Ezt követi az illúziók elvesztésének elhúzódó szakasza, aminek során a diákoknak meg kell küzdeniük a tanulás jelentette kemény munkával és a tudományos élet feladataival.
3. Végül ahogy az erőfeszítések hatására a szerepek kezdenek körvonalazódni, a tudás pedig gyarapodni, erősödik a jóllét érzése, és a diákok mind több lehetőséget fedeznek fel (Rambo-Chroniak, 1999).

De a stressz nem csak az elsőévesek életében van jelen. Minden diák megtapasztalja a stressz egy speciális mintázatát a tanulmányai ideje alatt. A legerősebb stressz az egyes évfolyamok elején, közepén és a végén jelentkezik (Bolger, 1997). Két különösen kritikus időszak van a stressz szempontjából: a téli és a nyári vizsgaidőszak. Ilyenkor a diákok jellemzően nem alszanak eleget, nem táplálkoznak megfelelően, télen ráadásul az influenza és a nátha is könnyebben legyűri kevésbé ellenálló szervezetüket.

Az egyetemisták életében jellemző stressz egy részére egyértelmű a magyarázat, ezek közül is a tanulás miatt jelentkező nyomás a listavezető (Bolger, 1997). Az újonnan kialakuló kapcsolatok pedig megnövelik a kapcsolati problémák valószínűségét (Edwards et al., 2001). A romantikus kapcsolat gyakran a boldogság forrása, de eredményezhet stresszt és betegséget is, különösképpen a nők között (Riessman et al., 1991). Amikor pedig véget ér a szerelem, a szakítás komoly stresszt okozhat. A párjukkal nemrégiben szakító egyetemisták körében végzett kutatás során a szakítás okát szerették volna

tudni a vizsgálatot lefolytatók. A szakítás miatt a legkomolyabb distresszt megélők az *intimitás elvesztését* jelölték meg elsősorban a szakítás okaként, kevésbé hangsúlyos okként szerepelt az összetartozás szükséglete, a szexualitás vagy az autonómiatörekvések (Field et al., 2010).

A középiskola után rögtön egyetemre kerülő diákoknak talán a szabadság jelenti a legnagyobb stresszforrást – pontosabban azoknak a kereteknek a hiánya, melyeket otthon és a középiskolában megszoktak (USA Today, 1996). Azoknál viszont, akik több évet eltöltenek a munkaerőpiacon, és csak utána kezdenek bele a felsőfokú tanulmányokba, vagy már van gyerekük, a stressz sok esetben abból fakad, hogy valahogyan „vissza kell állítaniuk” az agyukat a tanulásra: nagy mennyiségű új információt rövid idő alatt felvenni és feldolgozni, elraktározni, különösen vizsgaidőszakban.

És úgy tűnik, a stressz egyre csak erősödik a főiskolások és egyetemisták körében. Egy nemrégiben készült országos felmérés eredményei szerint az amerikai elsőévesek érzelmi egészsége, stabilitása nem túl jó: csupán az 52 százalékuk válaszolta azt, hogy „az érzelmi egészségi állapotom jó vagy átlagon felüli”. Ez 1985 óta, amikor először elvégezték ezt a felmérést, a legrosszabb eredmény. Ugyanezen vizsgálat szerint a válaszadók 76 százaléka szeretne „átlagon felül teljesíteni vagy bekerülni a legeredményesebb 10 százalék közé”. Ez az eredmény viszont a legmagasabb 1985 óta. Soha ennyi diák nem válaszolta még azt, hogy gyakorta érzi magát túlterheltnak. A nemek között is van különbség: a nők csupán 46 százaléka értékelte az érzelmi állapotát jónak, míg a férfiaknál ez az arány 59 százalék volt. Mit gondolunk, mi állhat e különbség hátterében (Sieben, 2011)?

A diákokra nehezedő stresszre szerencsére karnyújtásnyi távolságon belül van a megoldás. Az érintetteknek csak a telefonjukért kell kinyúlniuk, hogy felhívják egy barátjukat, egy lelki elsősegély-szolgálatot, vagy egy tanácsadót. Mivel ugyanis a legtöbben vonakodnak segítséget kérni (Rambo-Chroniak, 1999), már az is előrelépést jelent és javulást eredményezhet, ha egyáltalán hajlandóak ezen túllendülni. A fiatal felnőtteknek igyekezniük kellene pozitívan hozzáállni az önálló életvezetéshez és a leváláshoz a szülőtől (Smith, 1995).

A diákok jobb eredményekről számoltak be, ha konkrét lépéseket tettek a probléma megoldására, mint ha csak az érzelmi reakciójukról kellett beszámolniuk (Smith, 1995). A pozitív, bizakodó hozzáállás és a jobb önbecsülés – például reális célok kitűzése és megvalósítása révén – szintén a stressz enyhüléséhez és a helyzethez való jobb adaptálódáshoz vezetett. Úgy tűnt, a diákok jobban alkalmazkodnak, ha jobb társas támogatás állt mögöttük, és inkább érezték, hogy irányítják az életüket (Rambo-Chroniak, 1999). A diákszervezetek kereteket és társaságot is nyújthatnak, de a túlzott elköteleződés is stressz forrása lehet (Bolger, 1997). Két tulajdonság (ezekről a későbbiekben lesz még szó) különösen jellemző volt azokra, akik a leginkább képesek voltak megelőzni a stresszt, illetve megküzdenni azzal:

1. *Reziliencia* (egyfajta rugalmasság), ami részben saját maguk elfogadásán, a hatékony kommunikáción és a megküzdési mechanizmusokon alapszik.
2. *Kognitív szívósság*, amin azt a képességet értjük, hogy a potenciális stresszorokat inkább tekintik kihívásnak, mint fenyegetésnek (Nowack, 1983; Yeaman, 1995)

Minden világos?

1. A stressz kiváltására képes külső eseményeket vagy helyzeteket _____ nevezzük, mivel a _____ kifejezés az ezek eredményeképpen fel-lépő testi és mentális változásokra utal.
2. A krónikus szociális stresszorokra jó példa:
 - a. egy földrengés
 - b. egy másodlagos trauma
 - c. ha dugóba kerülünk
 - d. a tartós munkanélküliség.
3. Az alábbi állítások közül melyik igaz a mindennapos bosszúságokra?
 - a. A leggyakoribb mindennapos bosszúságok né-melyike a túlélést fenyegeti.
 - b. Ha a mindennapos bosszúságok megszűnnek, az emberek jóléte erősödik.
 - c. A minél gyakoribb és minél intenzívebb bosszúságok a jobb egészségi állapottal mutatnak összefüggést.
 - d. A bosszúságok hatása nem akkumulálódik: a sok bosszúság nem jelent nagyobb stresszort, mint a kevés.
4. Rob nevű barátunk felesége nemrégiben halt meg rákban. Devon, egy másik barátunk pedig rájött, hogy a szerelme megcsalja őt, majd a lány el is hagyta Devont az új partner kedvéért. Várhatóan milyen különbségek lesznek abban, ahogyan Rob és Devon megéli a veszteségeiket, milyen hatás-sal lesz a veszteség a pszichés jólétükre?
5. Nevezzünk meg négy gyakori stresszort, és mind-egyikre mondjunk példát is.

Helyes válaszok: 1. stresszorok; stressz 2. d 3. b 4. Rob és Devon is szenved majd a személyes veszteség miatt, gyászt és stresszt élnek meg, de Devon esetében nagyobb a kockázata a depresszióknak, mert ő a társas visszautasítást is elszenvedte, míg Rob „tisztá” veszteséget élt át. 5. Traumatikus események, például egy természeti katasztrófa és egyéni veszteségek; krónikus stresszorok, például szociális stresszorok, kiégés és másodlagos trauma; nagy élethelyzeti változások, például egy új munkahely vagy egy gyermek születése; napi bosszúságok, például a közlekedési dugók és a számítógép lefagyása.

14.2. KULCSKÉRDÉS

Hogyan hat ránk a stressz fizikailag?

Amióta ember él a Földön, a túlélésnek fontos feltétele volt, hogy képesek legyünk gyorsan és határozottan reagálni, amikor a ragadozók vagy az ellenséges törzsek poten-ciólisan életveszélyes támadásaival néztünk szembe. Az őseink világszerte igen összetett környezeti körülményekhez alkalmazkodtak, szélsőséges időjárási viszonyok, szűkös élelemforrások és nem túl barátságos szomszédok között kellett fennmaradniuk. Ilyen kihívások mellett a gyors cselekvés képessége nagyon is szükséges volt ahhoz, hogy az ember megfelelő menedékhez jusson, meg tudja védeni magát és élelmet találjon. Minél gyorsabban volt képes az adott egyed félelmet vagy haragot felkorbácsolni magában, pontosan felmérni az adott helyzetet és cselekedni, annál jobb esélyekkel indult a túl-élésért folytatott harcban. Akik a leggyorsabban és a leghatékonyabban reagáltak a veszélyre, azok életben maradtak, és továbbadhatták a génjeiket, míg a lassúbb és ke-vésbé okosan reagálók kisebb valószínűséggel éltek túl, és nyílt esélyük a szaporodásra.

Az őseink számára az egyik legsúlyosabb stresszort jelentő természeti katasztrófák, illetve az ember-ember elleni harcok napjainkban is léteznek. A modern élet azonban természetesen új stresszorokat is alkotott: megterhelő munka, anyagi nehézségek, a számítógép lefagyása, hogy csak néhány példát említsünk. Viszont ezeket a legtöbbször krónikus stresszorokat nem tudjuk hatékonyan feloldani az őseinktől kapott reakciómó-dokkal, mert azok a közvetlen kihívások legyőzésére alakultak ki. A stresszre kialakult reakciórendszerünk az evolúció terméke, az ember fiziológiája nem tud lépést tartani a társadalom változásaival és a társadalom által teremtett stresszorokkal. A testünk automatikus reakciói még mindig az ősi forgatókönyv szerint zajlanak, amikor ijesztő

vagy dühítő helyzetekkel találjuk magunkat szemben. Ha valaki megtámad minket, az arcunk kivörösödik, a kezünk magától ökolbe szorul, felkészülünk a fizikai összecsá-pásra. Vagy képzeljük el az alábbi „fenyegetést”: a tanár felszólít minket, amikor mi nem készültünk. A szívünk zakatolni kezd, a térdünk remegni, szívünk szerint elszaladnánk.

A fenti példák a **küzdj vagy menekülj reakció** két pólusát illusztrálják: amikor fenyegetést azonosít az agyunk, belső és viselkedéses folyamatok sorozata indul be, felkészítve az egyént arra, hogy megküzdjön a fenyegetéssel vagy elmeneküljön előle. Ez a reakció remekül bevált az őseinknél, de napjaink társadalmának működéséhez nem mindig illeszkedik. Ha tényleg kirohannánk az osztályból a feleltetés előtt, az talán megoldana bármit is? Soron következő központi fogalmunk szerint:

14.2. Központi fogalom

A fizikai stresszreakció az **arousalszint** megemelkedésével kezdődik, ami egy sor olyan testi-élettani reakciót idéz elő, melyek rövid távon adaptívak, hosszú távon viszont károsak lehetnek.

Hihetetlen módon az esetek többségében mégis képesek vagyunk hatékonyan megküzd-teni a stresszel, nem csupán egészségesek maradunk, de boldognak is tudjuk érezni magunkat. De ahogy látjuk majd ebben a részben, ha nem küzdünk meg hatékonyan a stresszel – bármi legyen is annak forrása –, annak komoly következményei lehetnek. Jó hír viszont, hogy az az érzelmileg felfokozott izgalmi-ébredési állapot (idegen szóval *arousal*; lásd III. kötet, 9. fejezet), amit stressznek hívunk, általában a mi érdekünket szolgálja. Fókuszba helyezi a ránk fenyegetést jelentő eseményeket, és felkészít minket a reagálásra. A rossz hír az, hogy ha ez az állapot szélsőséges mértékű, vagy túl hosszan tart, úgy már az egészségünket fenyegeti. A sajnálatos következmények között megta-láljuk a testi bajokat – szívbetege, sztrók, magas vérnyomás, gyomorfekély –, de a mentális egészségünk is megrendülhet.

Egyesek hajlamosabbak „betegre aggódni magukat”, mert a bolhából is elefántot csi-nálva minden apró bajba, bosszúságba drámai következményeket látnak bele (Sapolsky, 1994). A depresszió, akárcsak a PTSD és más szorongásos zavarok, közvetlenül köthetők a stresszhez. Ezek a következmények nem csupán a tüzoltóknál, a mentősöknél vagy a légi irányítóknál figyelhetők meg, de bármilyen szinten és beosztásban dolgozó ember-nél, a köz- és a magánszférában egyaránt, ahogy az életkor és a társadalmi pozíció sem óv meg tőlük. Vessünk egy közelebbi pillantást a stresszreakció élettani működésére, hogy jobban megérthessük, pontosan miért és hogyan jár ez az adaptív reakció negatív következményekkel az egészségre, ha a krónikus stressz túlságosan igénybe veszi az erőforrásainkat.

A stresszre adott élettani reakciók

A tüzoltók gyakorta számolnak be arról, hogy szeretik a hivatásukat, és hogy tüzoltó-nak lenni az esetükben családi tradíció. De a bajtársiasság érzése és az elkötelezettség még nem csökkenti a sérülés és a halál kockázatát, amikor megszólal a riadó, és nekik rohanniuk kell menteni az emberéletet. Hogyan reagál egy tapasztalt tüzoltó szervezete erre a fajta stresszorra? És mi milyen élettani folyamatokkal reagálunk a stresszre?

Küzdj vagy menekülj! Amikor váratlanul stresszes helyzettel találjuk magunkat szemben – például megszólal a riasztás a tűzoltólaktanyában –, a stresszreakció hirtelen keletkezik: az élettani arousal szintjében azonnali és erőteljes ugrás következik be, amit a vegetatív idegrendszer indít be (lásd I. kötet, 2. fejezet). Ennek a jelei a felgyorsult szívverés, a megemelkedett vérnyomás és a szapora légvétel. Ez az **akut stresszre** adott reakció forgatókönyve; ilyenkor a stresszor által aktivált átmeneti arousalszint-emelkedésről van szó, aminek egyértelmű kezdete van, és korlátozott ideig tart. A jelenséget Walter Cannon orvos írta le száz évvel ezelőtt (Cannon, 1914).

Az idegrendszer reakciójával szinte egy időben a hormonrendszer is akcióba lép, felkészíti az izmainkat a hatékony és hatásos válaszra, ha például extra izomerőre lenne szükségünk. A 14.5. ábra azt mutatja, milyen sokféle módon készül a szervezet a vészhelyzeti reagálásra.

A küzdj vagy menekülj reakció életmentő lehet, ha tűzvész van, összecsapásokban veszünk részt, vagy egy felénk száguldó autó elől kell menekülnünk. Amikor azonban krónikus stresszor van jelen az életünkben, ez a hasznos eszköz visszaüt: ha ugyanis tartósan megmaradunk az élettani „készenlét” állapotában, az kimeríti a szervezetünk természetes védekezési arsenálját. A rendszeres stressz – vagy az események rendszeres stresszként értelmezése – komoly egészségügyi kockázatot hordoz, lényegében egy különben egészséges stresszreakció válik veszélyessé. A következő részben azt járjuk körül, pontosan hogyan és miért történik ez.

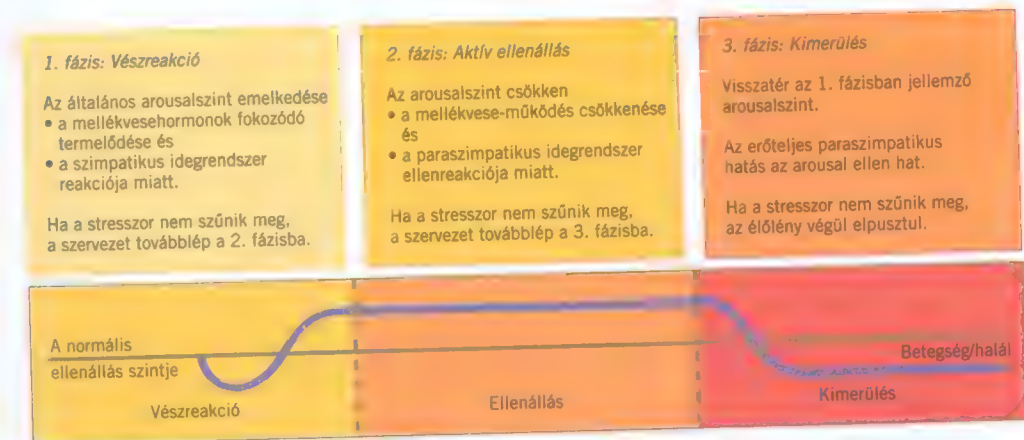


14.5. ÁBRA
A stresszre adott
testi reakciók

Akut stresszhelyzet esetén az emberi szervezet megdöbbentően sokféle úton-módon igyekszik felkészülni a menekülésre vagy a támadásra.

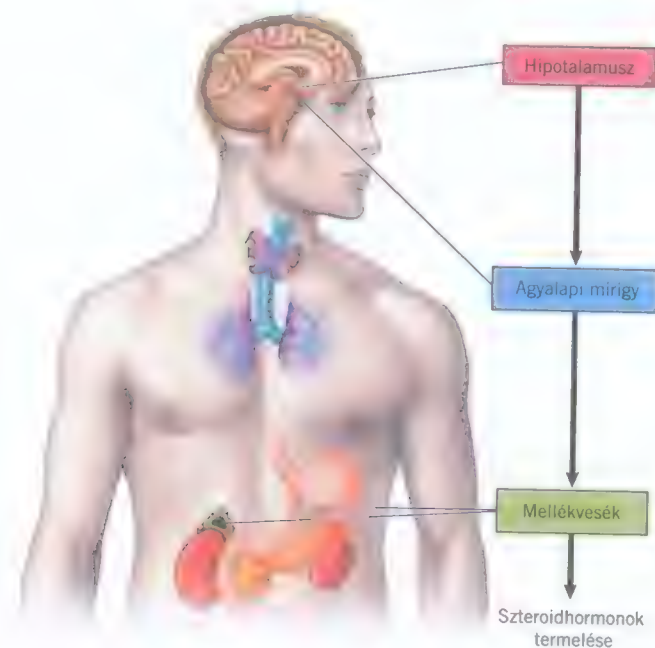
Az általános adaptációs szindróma A múlt század derekán a magyar származású kanadai endokrinológus, Selye János kezdett azzal a kérdéssel foglalkozni, miként képes a stressz betegségeket kiváltani. Selye felfedezte (1956, 1991), hogy a különböző stresszorok lényegében ugyanolyan szisztematikus reakciót vagy általános fiziológiai választ indítanak be a szervezetben, ami mobilizálja a szervezet energiaforrásait a fenyegetéssel való megküzdéshez. Azt is megállapította, hogy a szervezet minden stresszor esetében megpróbál valamilyen módon alkalmazkodni. Mivel a test alkalmazkodási reakciója inkább volt általános a stresszorokra, mintsem specifikus, Selye **általános adaptációs szindrómának** nevezte el (14.6. ábra).

Akut stressz esetén ezek a reakciók segítenek minket a túlélésben, de ha tartósan fennállnak a stresszt okozó körülmények, úgy szívbetegséghez, asztmához, fejfájáshoz, gyomorfekélyhez, ízületi gyulladásokhoz és egy sor más betegséghez vezethetnek (Carlson, 2007; Salovey et al., 2000). Selye általános adaptációs modellje szerint bármely fenyegetésre adott reakció három fázisból áll: vészreakció, aktív ellenállás fázisa és kimerülés (Johnson, 1991; Selye, 1956, 1991).



14.6. ÁBRA Az általános adaptációs szindróma

1. fázis: vészreakció A stressz első szakaszában a szervezet riasztórendszere aktiválódik, és mobilizálni kezdi a stresszor ellen szükséges erőforrásokat. Selye ezt a fázist hívta a **vészreakció fázisának**, ami nagyon hasonló ahhoz, amit Cannon küzdj vagy menekülj reakcióként azonosított. A **hipotalamusz** (lásd I. kötet, 2. fejezet) ilyenkor két párhuzamos vészüzenetet küld ki. Az egyik a hormonrendszernek szól, azon belül is a mellékvesék a fő címzettek (14.7. ábra). Ennek eredményeképpen az erőt és az állóképességet fokozó szteroidhormonok (ezért használnak egyes sportolók ilyen hormonokat, dacára a veszélyes mellékhatásoknak) árasztják el a véráramot. Ugyancsak nagy mennyiségű **endorfin** szabadul fel, ami tompítja a fájdalomérzetet. Egy másik üzenet eközben a vegetatív idegrendszer szimpatikus ágát mozgósítja, ami a belső szerveken és mirigyeken keresztül készíti fel a szervezetet a cselekvésre.



14.7. ÁBRA A vészreakció alatt lezajló hormonális változások

Az általános adaptációs szindróma vészreakció fázisa során a hipotalamusz két párhuzamos úton is mozgósítja a szervezetet.

Ezen a két útvonalon – a szimpatikus idegrendszerén és a hormonrendszerén – rengeteg üzenet fut végig, amelyek révén a szervezet felkészül a cselekvésre. Több vér áramlik a szívbe, az agyba és az izmokba, hogy jobban tudjunk gondolkodni és gyorsabban reagálni. Ezzel párhuzamosan az emésztőrendszertől vért von el a szervezet, feltehetően azért, mert az értékes energiát most nem az emésztésre akarja „pazarolni”, hiszen az vészhelyzetben nem olyan fontos. A pupillák kitágulnak, a légzés szaporábbá válik, pedig megóv minket a túlmelegedéstől. Ugyancsak megnő a hozzáférhető cukor mennyisége, ami további energiaforrást jelent. Egyszóval a szervezetünk minden porcikájával az azonnali veszélyre hangolódik. A 14.8. ábrán részleteiben is megismerhetjük ezt az automatikus reakciósorozatot.

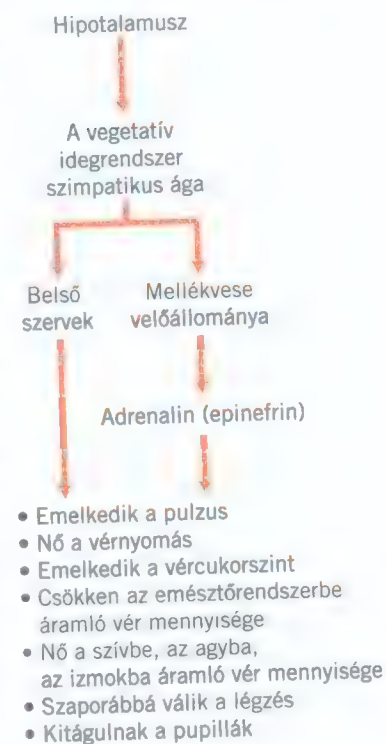
A vészreakció fázis funkciója az, hogy képessé tegyen minket a küzdelemre vagy a menekülésre a fenyegetés elől, amely fenyegetés az őseink esetében általában nem tartott hosszú ideig. A modern stresszorok krónikus voltát tekintve azonban gyakorta kényszerülünk továbblépni a második fázisba: az aktív ellenállás szakaszába.

2. fázis: az aktív ellenállás Ha egy stresszor tartósan bizonyul, de nem olyan erős, hogy legyűrjön minket az 1. fázisban, belépünk az **aktív ellenállás fázisába**, aminek során a vészreakció szakaszában fellépő összes élettani változás továbbra is érezteti hatását. A szervezet megkísérli leküzdeni a stresszor hatásait. Az immunrendszer is felpörög, a fehérvérsejtek száma megnő, hogy nagyobb esély legyen legyőzni egy fertőzést. Meglepő

módon ebben a fázisban az ellenállás csak az eredeti stresszszorral szemben nyilvánul meg. Kutatásai során Selye azt találta, hogy ha a kísérleti állat adaptálódik egy stresszorhoz (például az elektrosokkhoz), de megjelenik egy második stresszor is (például szélsőséges hideg), az állat hamarosan elpusztul. A forrásai láthatóan annyira kimerülnek, hogy már nem képes energiát mozgósítani ahhoz, hogy az újabb stresszszorral is felvegye a küzdelmet. Erre tragikus emberi példa az a katona, aki több hónapnyi front-harcot sikeresen túlélte, utána viszont összeesett és meghalt a foglyotáborban, mert egy újabb stresszt már nem volt képes elviselni a szervezete.

Láthatjuk tehát, hogy a vészreakció és az aktív ellenállás valósággal falja az energiát. Újabb stresszorokkal való megküzdésre nem marad elegendő erőforrás. Képzeli el például az alábbi esetet: éppen levezsgáztunk az utolsó tárgyból is. Alig aludtunk az elmúlt napokban, éjjel-nappal tanultunk, gyorskaján és kávéval éltünk egy hétig. De most végre vége, pihenhetünk. Ekkor azonban megszólal a telefon: életünk szerelme szól bele, de meglehetősen furcsa, tartózkodó hangon. Mielőtt elújsághatnánk neki a remek hírt, hogy túl vagyunk az összes vizsgán, közbevág: „Nem is tudom, hogy mondjam... beszélünk kell...” Ez szinte biztosan rosszat jelent, szólal meg a fejünkben a vészcsengő, akár az is lehet, hogy szakítani akar velünk. Ez a telefonhívás tehát egyértelműen egy stresszor. Az utóbbi hetek hajrájától eleve kimerülten hogyan kezelnénk ezt a fontos beszélgetést? Le lennénk süjtve, meg lennénk rémülve, talán még haragot is éreznénk. Mi ez a fenyegetés? Miért most? Mivel a védekezőrendszereink már kimerültek, jó eséllyel túlreagálnánk a helyzetet, mert nem állnának rendelkezésünkre a megfelelő reakcióhoz szükséges kognitív és érzelmi erőforrások.

3. fázis: kimerülés Az aktív ellenállás szakaszában a szervezet minden tartalékát összeszedi, hogy megküzdjön a stresszszorral. Ha a stresszt okozó helyzet nem szűnik meg ez alatt a szakasz alatt, a szervezet végül nem képes tovább megfelelni az intenzív igénybevételnek. Ekkor lép át a 3. fázisba, a **kimerülés fázisába**, amikor a testi funkciók visszaesnek a normális szintjükre – majd hamarosan az alulműködés kezdi jellemezni őket. Ezen a ponton a testnek nyugalomra és regenerálódásra van szüksége, hogy ismét elfogadható működésre legyen képes. Ha nem jut hozzá ehhez a létfontosságú pihenéshez, ami oly gyakori krónikus stresszorokkal teli mai világunkban, az első két fázisban adaptívnak számító reakciók a harmadik fázisban betegségbe taszítják a szervezetet.



14.8. ÁBRA A szimpatikus idegrendszer reakciója a vészreakció fázisában

Az ábrán az látható, milyen útvonalakon keresztül reagál a szimpatikus idegrendszer az akut stresszszorra. Az idegi reakció a hormonválasszal párhuzamosan történik.

- Emelkedik a pulzus
- Nő a vérnyomás
- Emelkedik a vércukorszint
- Csökken az emésztőrendszerbe áramló vér mennyisége
- Nő a szívbe, az agyba, az izmokba áramló vér mennyisége
- Szaporábbá válik a légzés
- Kitágulnak a pupillák

Számos folyamat vesz részt abban a mentális és fizikai leromlásban, ami a kimerülés szakaszát jellemzi. A megemelkedett vérnyomás például rövid távon fejfájást okozhat, hosszabb távon pedig hozzájárulhat a sztrók és a koszorúér-betegség fellépéséhez, melyek vezető haláloknak számítanak. Eközben az optimális működésében gátolt emésztőrendszer területén fekélyek alakulhatnak ki, hosszú távon pedig elhízás lehet a következmény. A krónikus stressznek szerepe van abban is, hogy a vérerek falán zsírplakkok rakódnak le, amely állapot megnöveli a sztrók kockázatát. A kimerült immunrendszer szintén egy időzített bomba – a tartós stressztől szenvedő ember ideális célpontja a különböző fertőzéseknek és más betegségeknek. Mindennek tetejébe az elhúzódó vagy ismétlődő stressz hosszú távú, depressziót provokáló változásokat idéz elő az agyban (Sapolsky, 1998; Schulkin, 1994). A stresszhormonok ugyancsak hatnak az agyra, gátolják az idegsejtek regenerálódását, különösen a hippokampusz területén (Gould et al., 1998; Sapolsky, 1998). Ez segít megérteni, hogy a szteroidok – melyek valójában stresszhormonok – hosszú távú használata miért veszélyes (kivéve egyes orvosilag indokolt esetekben): ezek a hormonok lényegében az általános adaptációs szindróma utolsó szakaszába lökik a szervezetet, kitéve ezzel a veszélyes kimerültség állapotának.

Selye modellje jó magyarázatot nyújt arra, hogyan képes a stressz nemcsak a kezdeti küzdj vagy menekülj reakciót kiváltani, de krónikus és a szervezetet leépítő állapotokat is. És bár az újabb kutatások lassan fényt derítenek arra, hogy nem minden stresszor pontosan ugyanolyan reakciókat vált ki a hormonrendszerből (Kemeny, 2003), a modell továbbra is széles körben elfogadott, mint a stressz és a betegségek közötti kapcsolat magyarázata. Mielőtt alaposabban is megvizsgáljuk a krónikus stresszreakciót, előbb ismerkedjünk meg a küzdj vagy menekülj reakció egy érdekes alternatívájával: a gondoskodással.

Gondoskodás és támogatás A pszichológus Shelley Taylor figyelt fel arra, hogy a küzdj vagy menekülj modellt férfi kutatók fejlesztették ki, akik hím kísérleti állatokkal – egerrel, patkányokkal –, illetve férfiak bevonásával végezték a kutatásaikat. A küzdj vagy menekülj reakcióban annyira prominens félelem és agresszió, ismerte fel Taylor, inkább a férfiak, mint a nők reakcióit tükrözi (Taylor, 2003; Taylor et al., 2000b). A gondoskodás és támogatás modell jobb magyarázatot nyújthat a nők és a nőstények magukat, illetve az utódaikat fenyegető helyzetekben nyújtott viselkedésére. Taylor elmélete szerint mivel az utódok elsődleges gondozói a nőstények, őket a biológiájuk elsősorban az utódok túlélésének biztosítására, azaz az ő védelmükre determinálja. Ebből a szempontból nézve a küzdj vagy menekülj válasznak nem sok értelme van. Az agresszió (küzdőlelem) az utód sérülését vagy halálát okozhatja, míg a menekülés az utód védelem nélkül maradásával jár. A nőstény mint utódgondozó szempontjából egyik reakció sem szolgálja az adaptációt és a túlélést (Volpe, 2004).

A gondoskodás és támogatás modell szerint a nőstények biológiailag – agyilag és hormonálisan – arra vannak predisponálva, hogy a fenyegetésre gondoskodással és az utódok védelmével reagáljanak. A fajtársak támogatásának keresése és a szociális kötelek kialakítására törekvés megnöveli az egyén azon képességét, hogy megvédje az utódját (Eisler & Levine, 2002; Taylor et al., 2000b). Az elméletet vizsgáló egyik kutatás során azt nézték meg, hogy a férfiak és a nők milyen hormonális változásokon mennek keresztül egy fontos vizsga előtt, illetve miként számolnak be az ezzel kapcsolatos reakcióikról. A szorongásszintben nem volt különbség a két nem tagjai között, de a férfiak szervezetében lényegesen magasabbra szökött a **kortizol** nevű stresszhormon

szintje (Ennis et al., 2001). További vizsgálatok kimutatták, hogy a nők esetében az **oxitocin**, ami szintén betölt stresszhormon szerepet is, ösztrogénnel kombinálva elősegíti a kapcsolatkereső viselkedést (Taylor, 2009). A magasabb oxitocinszint csökkenti a szorongást is és nyugodtabbá tesz, ami fontos komponense a hatékony gondoskodásnak.

Talán meglepően hangzik, hogy mind a férfiak, mind pedig a nők keresnek szociális támogatást stressz esetén, bár a jelenlegi bizonyítékok szerint ezt a nők rendszeresebben és kitartóbban teszik (Tamres et al., 2002). A kezdeti stádiumú mellrákban szenvedő nők például a partnerükhöz fordulnak érzelmi támogatásért a napi stressz csökkentése érdekében (Gilmore et al., 2011). Fontos azonban, hogy az érintett nők által szükségesnek érzett támogatás nagysága úgy nő, ahogy emelkedik a distressz-szintjük. A kutatók arra biztatják a partnereket, hogy ne csüggedjenek, és ne adják fel, inkább legyenek megértőek ezzel a fokozott szükséglettel szemben, és találják meg a módját, hogy ki-elégítsék. Ha a tanácsnak megfelelően cselekszenek, az a saját egészségi állapotukra nézve is előnyös lesz. Kutatások szerint ugyanis alacsonyabb a mortalitás azon idősebb felnőttek körében, akik segítséget és érzelmi támogatást nyújtanak a barátaiknak, a rokonaiknak és a szomszédaiknak (Brown et al., 2003).

A stresszorokra adott reakciókból kirajzolódó, ellentmondásosnak tűnő kép – a küzdj vagy menekülj és a légy gondoskodó és támogató modell – egy lényegesen összetettebb stresszreakciót fed fel, mint amilyennek azt korábban gondoltuk. Ma már úgy tekintünk erre a reakciórendszerre, mint ami képessé tesz minket az önvédelemre és arra is, hogy veszély esetén a többiekhez forduljunk segítségért és támogatásért (Pitman, 2003). A gondoskodás és a támogatás hatékonyan egészíti ki a küzdj vagy menekülj mintázatot, a kétféle reakció együttesen nem csupán az egyén túlélését segíti elő, de a kapcsolatokat és a közösség fennmaradását is.

A stressz immunrendszerre gyakorolt hatása

Korábban említettük, hogy az immunrendszer működése stressz esetén alábbhagy, főleg, amikor belépünk a kimerülés fázisába. Kutatások kimutatták, hogy a házastárs halálával vagy egy hosszú kapcsolat véget érésével küzdők gyakran lesznek depressziósok, és ezzel egy időben alulműködik az immunrendszerük, ami még kiszolgáltatottabbá teszi őket a betegségeknek (Cohen & Syme, 1985; Kiecolt-Glaser & Glaser, 1987, 2001).

Egy új tudomány: a pszichoneuroimmunológia Az utóbbi években a biotechnológiai fejlődés egy új, izgalmas tudományág megszületését és fejlődését tette lehetővé, aminek a kutatói arra kíváncsiak, miként képes betegségeket okozni a stressz. A pszichoneuroimmunológiát a stressz pszichés faktorainak – mint a kogníciók és érzelmelek – terén szakértő pszichológusok, az agyműködést tanulmányozó idegkutatók, illetve az immunrendszer működéséről nagy tudással rendelkező immunológusok együttesen művelik. Bár a tudományterület neve imponálóan sok szóból áll össze, a test és a tudat közötti kapcsolat iránti érdeklődés egyáltalán nem új keletű: a pszichoneuroimmunológia sok tekintetben nem más, mint azoknak a kérdéseknek a kutatása, melyek már az ókori civilizációk, például az ógörög és a kínai tudósait is foglalkoztatták.

Az agy és a test kölcsönös egymásra hatása A pszichoneuroimmunológia elsődleges célja annak vizsgálata, hogy a pszichés és az immunfolyamatok miként képesek hatást gyakorolni egymásra, illetve hogyan hat rájuk a társas környezet. Alapvetően abból

a tényből indulnak ki, hogy az agy és a test oda-vissza, két irányban kommunikál egymással (Maier & Watkins, 1999). Amikor megjelenik a stresszor, az agy például jelzi a mellékvesék felé, hogy termeljenek kortizolt, ami fontos stresszhormon. A vérben keringő kortizol mennyisége visszajelzés az agynak, így a hormon a saját termelődését szabályozza (Maier & Watkins, 2000). A pszichés stressz is aktiválja az immunrendszert. Az agy és az immunrendszer között közvetítő kémiai anyagok egyik típusa a **citokinek**. E fehérjék egyik legérdekesebb tulajdonsága, hogy képesek a központi idegrendszernek jelt adni, hogy változzék meg a viselkedés: az egyén mutasson fáradtságot, produkáljon lázat, húzódjon el a többi embertől. Ezek a változások azért hasznosak, mert segítik a szervezetet a betegségből vagy sérülésből való felépülésben (DeAngelis, 2002a). Ha azonban a megváltozott állapotok túl sokáig tartanak, megnövelhetik a zavarok, például a depresszió kockázatát. Ebben ismét csak az általános adaptációs szindróma működésével látunk párhuzamot.

Az egyik első vizsgálat során, ami azt tanulmányozta, hogyan szabályozza az agy a stresszre adott citokinválaszt, a pszichológus George Slavich arra kérte a vizsgálatban részt vevőket, tartsanak rögtönzött beszédet fehér laborköpenyt viselő, a beszédet értékelő népes hallgatóság előtt. Ahogyan az várható volt, az előadók citokinszintje jelentősen megugrott a beszéd közben (Slavich et al., 2010b). A következő alkalommal agyi képalkotó vizsgálatnak vetették alá ugyanezeket a résztvevőket, miközben virtuális labdázást folytattak két másik játékkal, akik egyszer csak minden előjel nélkül kiközösítették a vizsgálat alanyát, és többé nem passzoltak neki. Amikor Slavich összevetette a citokinszinteket és az agyi képalkotó felvételeket, azt látta, hogy azoknál, akik erőteljesebb agyi reakciót mutattak a kiközösítésre, a beszédük alatt is magasabb citokinszintet mértek.

Milyen következtetéseket vonhatunk le ezekből az eredményekből?

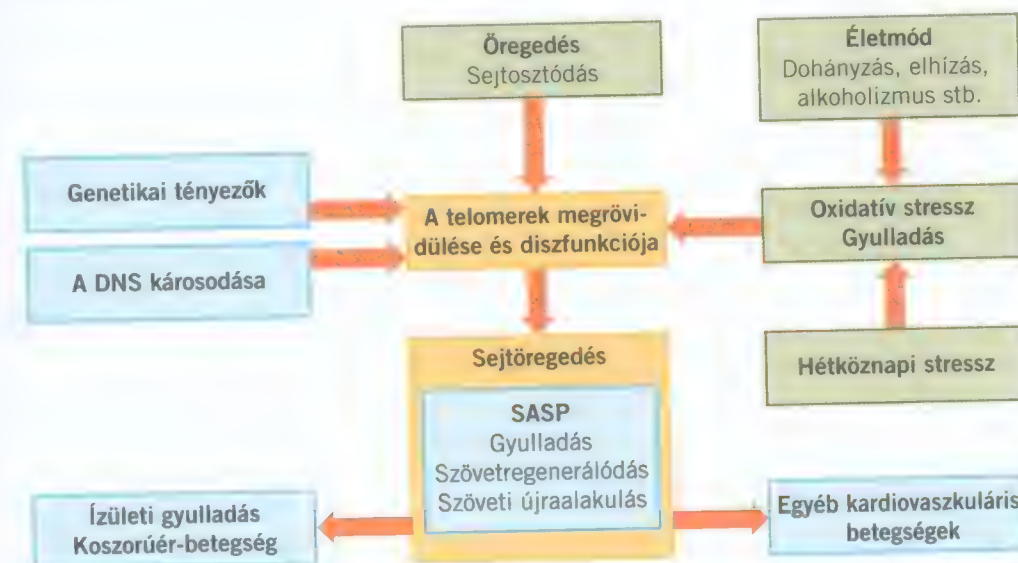
Azon túlmenően, hogy kémiai hírvivő anyagokként működnek, a citokinek képesek konkrét viselkedéseket elősegíteni, mint amilyen a visszahúzódás. A Slavich-féle vizsgálat segített megmagyarázni, hogy a kívülről érkező szociális stresszorok miként fordítódnak le olyan biológiai változások nyelvére, melyek egyesek esetében fokozzák az olyan zavarok kockázatát, mint a depresszió.

A stressz sejtöregítő hatása A pszichés stressz annak révén is képes hatni a testi egészségre, hogy felgyorsítja a sejtek öregedését. A sejtek életkorának mérésére szolgáló egyik módszer, hogy megvizsgáljuk a **telomerek** hosszát. A 14.9. ábra mutatja ennek folyamatát. Az embernél a telomerek folyamatosan rövidülnek az életkor előrehaladtával. Fontos azonban, hogy a hosszuk összefüggésben van számos betegséggel is, például a rákkal, a szív és a keringési rendszer betegségeivel, és a cukorbetegséggel. Újabb kutatások felfedték, hogy a telomerek hossza egyértelmű összefüggést mutat a korai halálozással (D'Mello et al., 2015; Wentzensen et al., 2011; Zhao et al., 2013).

A stressznek a telomerek hosszára gyakorolt hatását vizsgáló, mérőföldkőnek számító kutatása során a pszichológus Elissa Epel arra volt kíváncsi, hatással van-e a telomerek hosszára, ha az ember egy krónikus betegséggel küzdő gyermek édesanyjaként nagy fokú stressznek van kitéve. Azt találta, hogy a stressz felfogása, „megélése” nagyobb súllyal esik a latba, mint a stresszel teli helyzet – ez a stresszkutatások klasszikus megállapítása. A nagy fokú stressz érzése összefüggésben volt az immunsejtek telomerjeinek felgyorsult rövidülésével (Epel et al., 2004). Önmagában az, hogy valaki ápolta a gyermekét, nem függött össze a telomerek állapotával, de a stresszes helyzet időtartama nagyon is

számított. Minél hosszabb ideig volt beteg a gyermek, annál rövidebbek voltak az anya sejtjeinek telomerjei.

A vizsgálat óta eltelt időben az is világossá vált, hogy a gyermekkorban átélt nagy fokú stressz szintén felgyorsítja a telomerek rövidülését (Price et al., 2013). Úgy véljük, hogy a krónikus vagy a traumatikus stressz részben annak révén fejti ki a hatását, hogy miként tekintünk a mindennapos stresszorokra. Nagyon úgy fest, hogy a fenyegetés kognitív értelmezése, a rossz dolgokra számítás és annak feltételezése, hogy nem alakulnak jól a dolgaink, legalább részben felelősek a stressz és a telomerek hossza közötti kapcsolat alakulásáért. Aki például jobban fenyegetve érzi magát egy fontos munka elvégzése miatt, vagy rosszabb élethelyzeti kimenetelre számít (pesszimista), annak a telomerjei sínnylik ezt meg (Ikeda et al., 2014; O'Donovan et al., 2009). Ez azért fontos, mert láthatjuk belőle, hogy a kognitív kiértékelés kritikus szerepet játszik a stressz és a betegségek közötti kapcsolatban.



14.9. ÁBRA A stressz és az életmód megrövidítheti a sejtek életét

A sejteink öregedését, az életkorral összefüggő hanyatlását felgyorsíthatja a stressz vagy az életmód.

[PSZICHOÜGYEK]

A nem egyértelmű fenyegetés kognitív kiértékelése

9/11 után a romeltakarítók hónapokon keresztül dolgoztak az ikertornyok helyén. Amikor a Környezetvédelmi Hivatal (Environmental Protection Agency, EPA) és New York polgármestere a helyszínen a levegőt védőfelszerelés nélkül is belélegzésre alkalmasnak minősítette, sokan levették a túl melegnek bizonyuló, és a látást is akadályozó maszkjukat. De vajon megbízható volt a levegő minőségére vonatkozó megállapítás? A tornyoktól másfél kilométerre lévő lakások ablakpárkányain még ekkor is centi vastagon állt az égből

szítáló finom por, ami az épületek összeomlásakor került a levegőbe. Gondoljunk bele, milyen irtózatos mennyiségű finomszemcséjű anyag kerülhetett a levegőbe, miután két repülőgép becsapódott a két felhőkarcolóba, melyek ezt követően összeomlottak. Milyen körülményekre számítanánk, ha egy ilyen esemény helyszínén kellene dolgoznunk? Mit gondolunk, mi lehetett a pszichés oka annak, hogy az EPA ilyen derűlátóan ítélte meg a levegő állapotát, amikor a földön még igencsak egészségtelen körülmények uralkodtak? Maid tíz évvel később a *New York Times* (2010) írt:

Majd tíz évvel később a *New York Times* (2011) jelentetett meg egy cikket a „következményes tragédiáról”, azoknak az embereknek a haláláról, akik a kormányzati szervek biztatására levetették a maszkot a romeltakarítás során, holott a levegő közvetlen belégzésével a halálos ítéletüket írták alá.

A tudósok az ikertornyok összeomlásakor a levegőbe kerülő por-, füst- és hamukeveréket a legnagyobb akut környezeti katasztrófának tartják a város történetében. Az ezer fokon izzó lángok mérgező felhőt bocsátottak Alsó-Manhattan és környéke fölé. A leomló tornyok cementport és mindenféle építési anyagot juttattak a levegőbe, köztük azbesztet. Az összeomlás iszonyú nyomása különböző anyagokat préselt össze olyan potenciálisan veszélyes egyvelegekké, melyekkel korábban még csak nem is találkoztak a tudósok.

A hivatalok és az orvos szakértők becslése szerint 40 000–90 000 munkás és önkéntes dolgozott a törmelékhalom eltakarításán és tette ki magát ennek során a pornak. A ground zero területén dolgozó több mint 9000 munkás nyújtott be keresetet 90 kormányhivatal és magánvállalat ellen, hogy kártérítést követeljenek az őket sújtó és állításuk szerint a romeltakarítás során szerzett betegségek és sérülések miatt. Felmerül a kérdés, hogy a munkásoknak és önkénteseknek kell-e kártérítést fizetniük?

Felmerül a kérdés, hogy a hivatalos szervek szándékosan hazudtak-e, amikor azt állították, hogy a levegő belégzése maszk nélkül is biztonságos. Mi mit gondolunk? Az a feltetelezés, hogy eberről még nem lehet tudni.

Az a feltételezés, hogy abszolút tisztában voltak a később felderített veszélyekkel, az *utólagos éleslátás* (lásd II. kötet, 7. fejezet) nevű gondolkodási torzítást engedi sejtetni. Ugyanez lép működésbe, amikor egy meccs másnapján mindenki pontosan tudni véli, hogyan is kellett volna játszaniuk a játékosoknak. Utólag már könnyű úgy látni, hogy a munkásokra leselkedő veszély óriási volt, de a hivatalos szervek akkoriban rengeteg különböző előrejelzést kaptak, és egy olyan helyzettel kellett szembenézniük, amilyen **korábban soha nem fordult elő.**

Hasonló folyamatok játszódtak le Japánban is, amikor a 2011-es földrengést, szökőárát és nukleáris balesetet követő napokban a hatóságok optimista derűlátással tekintettek a világba. Nem szabad figyelmen kívül hagynunk a helyzet kognitív kiértékelésének működését sem. Hogy képesek legyünk hatékonyan felmérni egy helyzetet, ahhoz pontosan ismernünk kell a fenyegetés természetét. A 9/11-es terrortámadás áldozatait például vitathatatlanul distresszt szenvedtek el, amikor felismerték a rájuk leselkedő veszélyt. De a repülőgépen utazók évekkel később is éreztek némi distresszt, amikor a kormány színekkel operáló jelzőrendszere – amit azért hoztak létre, hogy értékeljék a terrorfenyegetettség mértékét és tájékoztassák erről a közvéleményt – a terrorveszély fokozott mértékére figyelmeztette őket közvetlenül azt megelőzően, hogy felszálltak volna a gépre. Érdekes módon pont a tanácsadó rendszernek sikerült meglehetősen zavart és distresszt kelteni az emberekben – emellett pedig megingatni a köz bizalmát a lehetséges politikai motivációk miatt, közvetlenül a választások előtt (Zimbardo, 2004a) –, így végül a rendszert meg is szüntették 2011-ben. A lényeg tehát, hogy a bizonytalanság hatására stresszesebbnek érzünk egy helyzetet, ezért az interpretációnk vagy kognitív értelmezésünk hatására a többféle bizonytalan fenyegetésből összeálló distresszre lényegében ugyanaz a stresszreakció születik, mint egy nagy traumatikus eseményre.

Minden világos?

1. Selye János általános adaptációs szindrómájának első fázisa
 - a. figyelem
 - b. éberség
 - c. vészreakció
 - d. aktivitás
2. George Slavichnek a társas visszautasításról mint depresszióhoz vezető külső stresszorról végzett kutatásai szerint mi az a kémiai anyag, ami közvetítőként lép fel a külső esemény és a pszichés állapot között?
 - a. citokinek
 - b. telomerek
 - c. oxitocin
 - d. a és b
3. A kutató Shelley Taylor szerint miben különbözik egy férfi és egy nő ugyanarra a stresszorra adott reakciója?
4. Az alábbi stresszorok közül melyik okozza a legnagyobb valószínűséggel az immunrendszer nem megfelelő működését, és vezethet súlyos állapotokhoz?
 - a. Ha véletlenül megcsúszunk és elesünk a jeges járdán.
 - b. Ha hosszú ideig ápoljuk egy haldokló családtagunkat.
 - c. Ha visszautasít minket valaki, aki tetszik nekünk.
 - d. Ha rossz jegyet kapunk egy fontos vizsgán.
5. Fejtsük ki, hogy a stresszreakciós rendszerünk miért megfelelő az akut stressz levezénylésére, és miért nem alkalmas a krónikus stressz kezelésére.

Helyes válaszok: 1. c, 2. a, 3. Taylor lényegében az adaptációs stresszelméletben, míg a férfiaknál inkább a külső vagy menekülő reakcióval szembe fordított stresszel foglalkozik. A nőknél inkább a belső, azaz a szervezetben, ami felkészít minket a stresszorral való megküzdésre. Az aktív ellenállás fázisa során is fenn tudjuk tartani ezt a készenléti állapotot, de ha a stresszor krónikussá válik, átépünk a kimerülés fázisába, az immunrendszerünk süllyl meg a források kimerülésével.

– 14.3. KULCSKÉRDÉS

– Kik a legsérülékenyebbek a stresszel szemben?

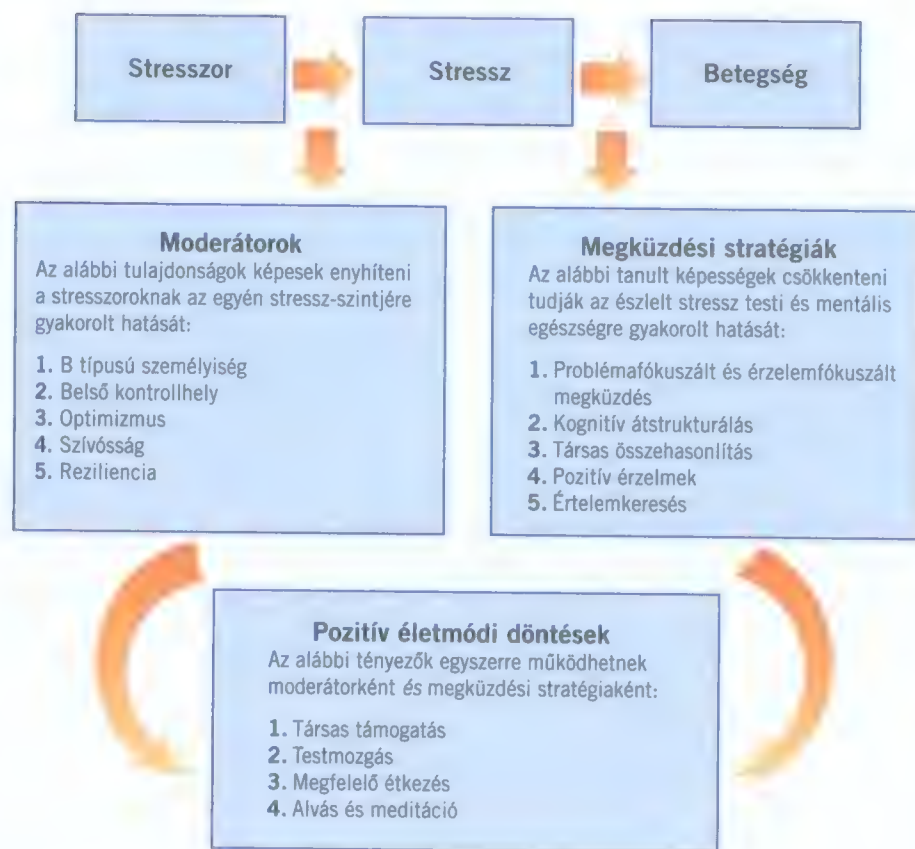
Mi lehet az oka annak, hogy egyesek több súlyos traumából – amilyen például a 9/11 vagy egy szerettük halála – is talpra állnak, míg mások lényegesen enyhébb problémák hatására is teljesen kiborulnak? Láthattuk, hogy a megélt stressz mértékét nemcsak a stresszor intenzitása és minősége befolyásolja, hanem az is, ahogyan felfogjuk. Az alábbi részben azokra az egyéni tulajdonságokra irányítjuk a figyelmünket, melyek befolyásolják, hogyan reagálunk a stresszre. A lényeg a központi fogalmunkban rejlik:

14.3. Központi fogalom

Az egyéni tulajdonságaink befolyásolják a stresszes helyzetekre adott reakcióinkat, ennek következtében pedig arra is hatással vannak, hogy a potenciális stresszorokra milyen mértékű distresszel reagálunk.

Mielőtt elmerülnénk ebben az érdekes témában, szeretnénk megismertetni az olvasókkal a stressz-betegség kapcsolat modelljét, ami egyfajta sorvezetőként szolgál majd minket a következő oldalakon.

A 14.10. ábra ezt a modellt mutatja be, tehát hogy a stresszorok miként vezetnek stresszhez, az pedig hogyan okozhat testi és mentális betegségeket, zavarokat. Mielőtt tovább olvasnánk, figyelmesen tanulmányozzuk ezt a folyamatábrát. Próbáljuk kitalálni, hogy az egyes faktorok milyen szerepet játszanak a stressz-betegség kapcsolat alakulásában.



14.10. ÁBRA Az egyéni tényezők hatása a stresszreakcióra

Figyeljük meg, hogy a beavatkozásra két ponton nyílik mód. Az egyik a stressz és a stresszor között van, a másik a stressz és a betegség között. Másként fogalmazva, a tényezők egyik csoportjával a stressz kialakulását akadályozhatjuk meg, a másik csoport a stressz okozta betegségeknek szab gátat. Az első csoportba tartozó faktorok a moderátorok, mert képesek moderálni vagy szabályozni a stresszorok arra vonatkozó hatását, hogy milyen erősségűnek éljük meg a stresszt. Ezek a tényezők a kognitív kiértékelést befolyásolják. Más szóval, ezek a moderátorok befolyásolni tudják, hogyan ítéljük meg, miként értelmezzük az adott stresszort. Az alábbiakban ezeket a lehetséges intervenciókat vizsgáljuk meg közelebbről. Nézzünk először egy példát!

Képzeld el az alábbi: Demetria és Cory friss házaspár, akik a közös életüket tervezgetik. Szeretnének minél hamarabb venni egy házat, majd családot alapítani. Csakhogy kiderül, hogy merőben másként viszonyulnak a közös céljaikhoz, ami vitákhoz vezet. Demetria optimistán áll a dologhoz: úgy véli, ha ügyesen osztják be a pénzüket, egy éven belül letehetik a foglalt egy saját otthonért. Cory kevésbé derűlátón vélekedik a dologról. Ő úgy látja, valahányszor közel került ahhoz, hogy megvalósítsa egy célját, valami mindig közbejön, és biztos benne, hogy most sem lesz ez másként. Azt az elvet vallja, hogy ami megtörténhet, az meg is történik, és attól fél, csalódnuk kell, ha egy éven belül terveznek házat venni.

Ráismerünk magunkra vagy bármelyik ismerősünkre a fenti példa két szereplőjében? Ha az eltérő hozzáállás és az események felfogása, interpretálása tartósan fennáll és következetesen megnyilvánul mindenféle helyzetekben, személyiségvonásokról beszélhetünk. Vizsgáljuk meg ezek hatását a stresszor és a stressz kapcsolatára!

Az A típusú személyiség és az ellenséges érzület

Amikor Meyer Friedman és Ray Rosenman kardiológusok (1974) kihívtak egy kárpitost, hogy pofozza ki a rendelőjük várójában lévő bútorokat, az illető felhívta valamire a doktorok figyelmét, amit azok nem vettek észre: a legtöbb szék ülőkéjének a széle feltűnően jobban el volt kopva, mint az ülőfelület többi része. A két orvos elgondolkozott rajta, hogy vajon a páciensek szívproblémái összefüggésben állhatnak-e azok stresszkezelő stratégiájával – a betegek mintha folyton tűkön ültek volna, ezt mutatta az is, ahogyan a váróban épp csak a székek szélére ültek le. A két orvos vizsgálat sorozatba kezdett a hipotézisük tesztelésére, és a betegeiket kikérdezve feltűnő egybeeséseket találtak a tulajdonságaik és viselkedésmódjaik tekintetében. Türelmetlenség, versengés, agresszivitás és ellenségesség – mind stresszel összefüggő reakció – bukkant fel újra és újra a betegek jellemző tulajdonságai között. Sokan elismerték azt is, hogy a munkájuk megszállottjai. Friedman és Rosenman végül összeszedett egy csokorra való attitűdöt és viselkedést, ami nem csupán korrelált a szívbetegségekkel, de egyenesen azok prediktora volt. Az ezen tulajdonságokkal jellemezhető személyiséget A típusú személyiségnek nevezték el. Az ilyen személyiségű ember esetében kétszer akkora a szívbetegségek kockázata, mint a B típusú személyiségnél, akire a nyugalmasabb attitűd jellemző (Matthews, 1982).

Az A típusú személyiségre irányuló későbbi, alaposabb vizsgálatok felfedték, hogy különösképpen az ilyen személyiségre jellemző düh és ellenségesség az, ami fokozza a szívbetegség kockázatát. A folytonos sürgetettség érzése, a perfekcionizmus és a versengésre való erős hajlam önmagában nem jelent kockázati tényezőt. Az ellenséges érzületű ember kevésbé tud bízni másokban, hamarabb dühbe gurul, és gyakrabban szembekerül másokkal. Aki úgy véli, mindez összefügg a kognitív felfogással, nem téved: az ellenséges ember ugyanis nagyobb valószínűséggel értelmez fenyegetésként egy adott helyzetet. Ezenkívül a kommunikációs stílusa és a viselkedése megnehezíti, hogy tartós emberi kapcsolatokat alakítson ki, ez pedig beszűkíti a neki elérhető társas támogatás mértékét. Az ellenségesség ugyancsak összefüggésben van egy sor egészségtelen viselkedésmóddal, mint amilyen a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a túlevés – márpedig ezek önmagukban is kockázati tényezőnek számítanak a szívbetegségek szempontjából (Taylor, 2008).

Az ellenségesség okai és következményei Élettani szempontból az ellenséges emberekben gyorsabban „felmegy a pumpa”, ha egy potenciális stresszorral találják magukat szemben, magasabb lesz az arousal szintjük, és a stresszor megszűnését követően több időbe telik, amíg a normális szintre áll vissza (Fredrickson et al., 2000; Guyl & Contrada, 1998). Az ellenségességre ugyancsak jellemző a citokinek magasabb szintje, ami meghosszabbítja a stresszreakciót (Niaura et al., 2002). A kutatók azt azonban még nem tudják biztosan, hogy ezek a biológiai különbségek teljes mértékben genetikai háttérűek-e, vagy kialakulásuk részben a korai gyermekkori környezet hatásaira vezethető vissza: azok a fiúk, akik konfliktusokkal terhelt, nem elfogadó és nem támogató családokban nőnek fel, nagyobb eséllyel lesznek ellenséges felnőttek (Matthews et al., 1996). Jelenleg úgy gondoljuk, hogy mind a genetikai háttér, mind pedig a környezeti hatások szerepet

játszanak az ellenséges attitűd és a későbbi szívbetegség kialakulásában. Az azonban egyértelmű, hogy az ellenségesség többféleképpen is elősegíti a szívbetegséget.

Ismét szeretnénk mindenkit biztosítani arról, hogy bár időnként sokan éreznek haragot, indulatokat, fontos különbség van a normálisnak tekinthető düh és a valóban barátságtalan, ellenséges személyiség stílusa között. Időnként mindannyian dühbe gurulással reagálunk egy negatív helyzetre – ezekben az esetekben a harag egészséges és adaptív érzés is lehet: azt jelzi felénk, hogy valami nem stimmel, és energiával tölt fel minket ahhoz, hogy helyrehozhassuk a helyzetet. A haragnak ez a típusa éles ellentétben áll az ellenséges személyiség reakciójával, ami ismétlődő, a legkülönbözőbb helyzetekben rendszeresen előforduló ellenséges viselkedést jelent. Az arousal szintje is élesen eltér a két esetben: érthető, ha ingerültséget érzünk, amikor egy túl lassan haladó autó akadályoz minket a közlekedésben, de emiatt dühbe gurulni már irracionális és veszélyes, különösen, ha ez rendszeresen előfordul.

A szív és a keringési rendszer betegségei mellett más betegségek is összefüggésbe hozhatók az A típusú személyiséggel: allergiák, nátha, fejfájás, gyomorpanaszok és mononukleózis (Suls & Marco, 1990; Suls & Sanders, 1988). Az ilyen személyiségre jellemző perfekcionizmus a szorongással (lehetetlen célok elérésére törekvés) és a depresszióval (a célok sikertelen elérése miatt) hozható összefüggésbe (Joiner & Schmidt, 1995).

Az ellenségesség és a szívbetegségek, illetve az A típusú személyiségre jellemző egyéb viselkedésmódok és az ezekhez társuló egészségügyi kockázatok közötti kapcsolat megértése segít a hatékonyabb betegségmegelőzésben. A rendszeres aerob mozgás, a relaxáció, illetve az ilyen személyiségű emberek olyan irányú képzése, hogy megtanuljanak lassabban és csendesebben beszélni, bizonyítottan hatékony a szívbetegség kockázatának csökkentésében (Taylor, 2008). A mindenre kiterjedő stresszkezelő tréning biztat azonban a legnagyobb eredménnyel. Egy vizsgálat kimutatta, hogy azok a szívinfarktuson átesettek, akik stresszkezelő tréningen vettek részt, feleolyan gyakran kaptak egy újabb infarktust a következő három évben, mint a kontrollcsoport tagjai, akik nem részesültek ilyen oktatásban (Friedman & Ulmer, 1984). A kutatók arra a konklúzióra jutottak, hogy „egyetlen gyógyszer, táplálék vagy edzésprogram, de még a koszorúér bypass műtét sem nyújt ekkora védelmet az újbóli infarktus ellen” (141. o.). Ezért, bár úgy tűnik, hogy az A típusú személyiség már kora gyermekkorban megmutatkozik, és a felnőttkorban is jellemző marad, jól megtervezett intervenciókkal hatékony segítséget lehet nyújtani azoknak, akik elkötelezték magukat a változás mellett. A 14.1. táblázat az A és a B típusú személyiség jellemző vonásait veti össze.

14.1. TÁBLÁZAT Az A és a B típusú személyiség legfontosabb jellemzői

A típusú személyiség	B típusú személyiség
Gyors munkatempó	Lassabb tempóban dolgozik
A teljesítményt nem feltétlenül élvezi	Élvezi a teljesítményét
Nehezen fogadja el a kudarcot	Könnyebben megbékél a kudarcral
Folyton siet, minden sürgős neki	Lazább a hozzáállása
Szeret versenyezni	Inkább a tapasztalatszerzést preferálja

Kontrollhely

Mennyire vagyunk magabiztosak a tekintetben, hogy az életünket a nekünk tetsző irányba tudjuk terelni? A korábbi példánkban szereplő újdonsült házaspár, Cory és Demetria közti nézeteltérést kettejük személyiségének a *kontrollhely* (lásd III. kötet, 10. fejezet) dimenziójában megmutatkozó különbsége táplálta. A kontrollhely típusa meglehetősen stabil személyiségmintázat, amiben az mutatkozik meg, milyen feltételezéseink vannak az életünk befolyásolását illetően.

- A **belső kontrollhelyesek** úgy vélik, bizonyos tetteik révén valószínűleg elérik azt, amire vágynak. Ha például szorgalmasan tanulnak, jó jegyeket fognak kapni.
- A **külső kontrollhelyesek** viszont nem látnak megjósolható összefüggést a saját cselekedeteik, erőfeszítéseik és a kimenetek között. Ők nagyobb valószínűséggel vélik úgy, hogy rajtuk kívül álló tényezőkön múlnak a dolgok. Például hogy nem a tanulás mennyisége fogja meghatározni, milyen jegyet kapnak, hanem hogy milyen a teszt, vagy a tanár mennyire kedveli őket.

Amikor egy stresszszorral találják magukat szemben, a belső kontrollhelyesek nagyobb valószínűséggel fogják fel a stresszort kezelhető dologként, ami alacsonyabb stresszszinthez, végső soron pedig jobb egészségi állapothoz vezet. A kontrollérzet mértéke bizonyos fokig tanult dolog: a tűzoltók és azok a 9/11 utáni mentésben részt vevők, akiket kiképeztek az ilyesfajta katasztrófákkal való megküzdésre, ritkábban szenvedtek poszttraumás stressztől az elkövetkező években (Perrin et al., 2007).

A kontrollhely hatása az egészségre és az élettartamra A kontrollhelynek az egészségi állapotban betöltött fontosságára világított rá egy connecticuti idősök otthonában harminc évvel ezelőtt végzett vizsgálat. Az egyik szárnyban lakó idősöknek felajánlottak egy csomó hétköznapi döntési lehetőséget. Eldönthették például, mikor szeretnének filmeket nézni, hogyan szeretnék a szobájukban elrendezni a bútorokat, akarnak-e szobanövényeket (ha igen, ezekről nekik kellett gondoskodniuk). Ezzel a gondozók azt kommunikálták a bentlakók felé, hogy felelősséget adnak nekik a saját életük felett, de azt is jelezték, hogy szívesen segítenek, ha szükség van arra (például a bútorok tologatásában). A másik szárnyban lakók, akiknek egészségi állapota az első csoport tagjaival azonos szinten volt, kontrollcsoportként vettek részt a vizsgálatban. Róluk a személyzet teljes mértékben gondoskodott, locsolta a virágaikat, kijelölt időben vitték őket filmet nézni, és adminisztratív döntés eredményeként rendezték be a szobájukat.

18 hónappal később az önállóbb csoport tagjai aktívabbak, éberebbek és boldogabbak voltak, mint a kontrollcsoport tagjai. Mi több, a belső kontroll lehetősége még az élettartamukat is megnyújtotta – ez olyan eredmény volt, amire senki sem számított. A vizsgálat végére a kontrollcsoportban 67 százalékkal magasabb volt a halálozási arány, mint a kísérleti csoportban, aminek a tagjai nagyobb felelősséget és döntési szabadságot kaptak az életük felett (Rodin, 1986).

A kontrollhely típusa igen sokféle egészségi állapottal összefüggést mutat. Amellett, hogy a belső kontrollal nagyobb valószínűséggel kapcsolják be a biztonsági övet, mozognak rendszeresen és figyelnek oda az étrendjükre, még az immunrendszerük is

jobb állapotban van (Chen et al., 2003). Ritkábban betegszenek meg, és gyorsabban felépülnek mind a betegségekből, mind pedig egy műtét után (Skinner, 1996). Ráadásul a belső kontroll erőteljes érzete képes feloldani a társadalmi osztály és az egészségi állapot közötti jól dokumentált összefüggést is: azok az alacsony jövedelműek, akik erős belső kontrollhellyel rendelkeznek, ugyanolyan egészségesek, mint a magasabb jövedelműek (Lachman & Weaver, 1998).

A kultúra hatása a kontrollhelyre Vizsgálatok érdekes különbségre bukkantak a nyugati és a keleti kultúrák között a kontrollérzet tekintetében.

- A nyugati világban jellemző **elsődleges kontroll** alatt a korábbiakban részletesen kifejtett kontrollt értjük: a külső események kontroll alatt tartása érdekében cselekszik az ember.
- A keleti kultúrákra inkább a **másodlagos kontroll** a jellemző, tehát itt az eseményekre adott reakciók kontrollálásán van a hangsúly (Rothbaum et al., 1982).

Egy kultúra általános értékrendszere hat arra, hogy melyik típusú kontrollt értékeli és támogatja. Japánban például, ami hagyományosan egy kollektivistákultúra, a gyermeknevelés során a másodlagos kontroll felé terelik a kicsiket. A gyerekek megtanulják a reakcióikat úgy a helyzethez igazítani, hogy azzal fenn tudják tartani a társadalmi harmóniát. Ez éles ellentétben áll az individualista kultúrák gyakorlatával, ahol a cél magának a helyzetnek a kontrollálása. Kutatások szerint mindkét stratégia jól működik a saját kultúrájának kontextusában (Weisz et al., 1984). Ezenfelül ha az elsődleges kontroll nem sikerül vagy nem lehetséges az egyénnek, a másodlagos kontroll egészségjavító hatással lehet.

A kontrollhely típusa velünk született vagy tanult? Úgy tűnik, hogy bár a kontrollhely típusa már korán megjelenik, és jellemző a családon belül – ami genetikai hátteret sejtet –, a tapasztalataink szintén hatással vannak a feltételezéseinkre. Akik rendszeresen kudarcot vallanak, amikor megpróbálnak elmenekülni egy fenyegető helyzetből, egyszerűen feladhatják a próbálkozást. Ezt hívják *tanult tehetetlenségnek* (lásd még 12. fejezet). A tanult tehetetlenséget alátámasztó bizonyítékok eredetileg Martin Seligman és munkatársai által végzett állatkísérletekből származnak. Azok a kutyák, amelyek semmit sem tehettek az ismétlődő áramütések ellen, egy idő után feladták a próbálkozást: megadták magukat a sorsuknak, és passzívan túrték a további áramütéseket (Seligman, 1975, 1991; Seligman & Maier, 1967). Amikor később lehetőségük nyílt volna a menekülésre, ezek a kutyák jellemzően továbbra sem tettek semmit, csak vinnyogtak, és tovább túrték a fájdalmat. Velük szemben a kontrollcsoport kutyái, melyeknek nem kellett előzetes áramütéseket elszenvedniük, az első adandó alkalommal elmenekültek a fájdalom elől. Seligman ebből azt a következtetést vonta le, hogy a kísérleti csoport kutyái megtanulták, hogy semmit sem tehetnek a következmények megváltoztatása érdekében, ezért megadták magukat a sorsuknak (Seligman & Maier, 1967).

Egy Donald Hiroto (1974) által elvégzett hasonló kísérletben nem kutyák, hanem emberek voltak az alanyok. A résztvevők egy zajos szobába kerültek, egyszerre mindig csak egy ember volt odabent. Egyesek megtalálták a módját, hogy kikapcsolják a zajt, de mások esetében nem működött a kapcsoló. Amikor aztán át kellett menniük egy

másik szobába, ahol szintén idegesítően hangos zaj szólt, azok, akik előzőleg sikeresen megszüntették a hangforrást, most is gyorsan megtalálták a megoldást, de akiknek ez korábban nem sikerült, még csak meg sem próbáltak lehetőséget találni a stresszor megszüntetésére – mind elsajátították a tanult tehetetlenséget. Seligman és a többi szakember ugyanennek a tanult tehetetlenségnek a tüneteit látják a legkülönbözőbb embercsoportoknál, például az abúzust elszenvedőknél, a bántalmazott gyerekeknél és feleségeknél, vagy a hadifoglyoknál (Overmier, 2002; Yee et al., 2003). Ugyanakkor a legkülönbözőbb hivatások képviselői nagyobb jóllétről számoltak be, amikor lehetőséget kaptak a környezetük és a munkakörülmények valamilyen szintű kontrolljára (Faulkner, 2001; Zarit & Pearlin, 2003).

Elmondhatjuk tehát, hogy bár velünk született hajlamunk van a külső vagy a belső kontrollosságra, a tapasztalataink is szerepet játszanak abban, hogy végül milyen kontrollhely lesz jellemző ránk. A 9/11-es mentésben részt vevőkkel végzett kutatások és a tanult tehetetlenség két olyan terület, ami bizonyítja ezt a fontos tény.

Szívósság, optimizmus és reziliencia

Az egyik leghatékonyabb stresszmoderátor a **szívósság**, ami a stresszhez való viszonyulás és a stresszel való megküzdés egy sajátos szemléletmódja. Ellentétben a kockázatos A típusú személyiséggel, a szívósság az egészséges megküzdést elősegítő személyiségjellemző. A fogalom elsőként az Illinois Bell Telephone (IBT) dolgozóinak nagylélegzetű vizsgálatában bukkant fel, az 1970-es és 1980-as években. Salvatore Maddi és a Chicagói Egyetem kutatócsoportja rengeteg adatot gyűjtött össze a dolgozókról egy többéves periódus során. Ebben az időszakban az állami közüzemi szolgáltatók körében nagyszabású leépítések történtek, és az IBT is sok dolgozójától megvált. A munkakörülmények, a pozíciók és az elvárások állandóan változtak, ami nagyon stresszes munkahellyé tette az IBT-t. A dolgozók kétharmada negatív egészségügyi hatásokat tapasztalt, egyesek akár szívinfarktust vagy sztrókot kaptak, másokat depresszió vagy szorongás gyötört. A maradék egyharmad azonban – bár ugyanolyan körülmények között dolgoztak – nem csupán nem tapasztalt ilyesmit, de kifejezetten jól érezte magát (Kobasa et al., 1979; Maddi & Kobasa, 1984). Mint kiderült, a különbséget a szívósság okozta, aminek három jellemzőjét (14.11. ábra) azonosították. Szívósság Attitűdnek nevezik ezt a vonást (Maddi, 2002).

Ez a három feltétel adja azt a kurázsit és motivációt, ami ahhoz kell, hogy valaki a stresszt kemény munkával a saját javára tudja fordítani. Lássuk egy egyetemista példáján keresztül, hogyan is működik ez a valóságban. Tétélezzük fel, hogy pont azon a napon, amikor nagyon kellene készülnünk egy fontos vizsgánkra, egy jó barátunk megosztja velünk egy szörnyű problémáját, és könyörög, hogy segítsünk neki. Ez rögtön két stresszort jelent – a fontos vizsga az egyik, a bajban lévő barát a másik –, ami lehetne akár túl sok is egyszerre, különösen, ha már korábban is túlzottan igénybe vettük az erőforrásainkat. De egy igazán szívós személyiség, akinél megvan a szükséges három feltétel, képes enyhíteni a helyzetben rejlő stresszt. Ez a három tényező az elkötelezettség („Elkötelezem magam a mellett, hogy felkészülök a vizsgára és segítek a barátomnak”), a kihívás („Most két fontos dolgot kell megtennem – milyen lehetőségeim vannak, hogy mindkettő sikerüljön?”) és a kontroll („Délután tanulok, a barátommal pedig vacsora után beszélek – végül is ennem muszáj, ha azt akarom, hogy működjön az agyam –, majd lefekvés előtt még átnézem az anyagot”).

Igen sokféle embercsoport körében bizonyították, hogy a szívósság enyhíti a stresszes helyzetek hatásait: üzletemberekénél, gyerekeknél, pároknál, egyetemistáknál, olimpiakonoknál, katonáknál és ügyvédekénél (Maddi, 2002). A kontrollhelyezhez hasonlóan a szívós személyiségre utaló jelek is felbukkanhatnak már kora gyermekkorban, de tanulni is lehet ezt a fajta hozzáállást. A kutatóknak sikerült olyan képzési programokat megalkotni, melyekkel a résztvevők megtanulhatnak adaptívabb módon reagálni a stresszorokra problémamegoldás (nem pedig a probléma elkerülése), megküzdés, társas támogatás (nem pedig konfliktuskeresés) irányuló interakciók és hasznos (nem pedig énfelmentő) öngondoskodás segítségével. Ez a folyamat megerősíti a résztvevőkben a szívósság három alapfeltételének meglétét, és jótékonyan hat a teljesítményükre, az életük irányítására, a motivációjukra és az egészségükre (Beasley et al., 2003; Maddi, 1987, 2002; Maddi et al., 1998; Maddi et al., 2009).

KONTROLL	Belső kontrollhelyesség és jó problémamegoldás – ezek megvédnek a tanult tehetetlenségtől.
ELKÖTELEZŐDÉS	Nagymértékű elköteleződés a saját élet iránt, aktív és elkötelezett részvétel a választott tevékenységekben.
KIHÍVÁS	A változásokra nem fenyegetésként, hanem legyőzendő kihívásokként tekint, lehetőségként a tanulásra és a fejlődésre.

14.11. ÁBRA A szívósság három feltétele

Optimizmus Amikor a jövőnkre gondolunk, általában arra számítunk, hogy jó dolgok fognak velünk történni, vagy aggodalom tölt el minket, hogy mennyi minden alakulhat rosszul? Az optimisták a jövőre a nagyszerű lehetőségek tárházaként tekintenek, számukra a pohár mindig félig tele van. Ezzel szemben a pesszimisták nem ilyen derűlátók, ők a poharat félig üresnek látják. A pesszimizmus nem egyszerűen tanult tehetetlenség. „Az élet ugyanolyan bajokat és tragédiákat tartogat a pesszimisták és az optimisták számára – véli a pszichológus Martin Seligman (1991) –, de az optimisták ezeket sokkal jobban fogadják.” Általánosságban azt mondhatjuk, hogy az optimista emberek kevesebb testi betegségtünettől szenvednek, a betegségekből gyorsabban felgyógyulnak, alapvetően egészségesebbek és tovább élnek, mint a pesszimisták (Bennett & Elliott, 2002; Taylor et al., 2000a).

Mi állhat ezeknek a különbségeknek a hátterében? Az **optimizmus** közvetlen hatást gyakorol az egészségre, mert az optimista ember több pozitív érzelmet él át, ami erősíti az immunrendszert (Cohen et al., 2003). Ezenkívül az optimizmus az aktívabb megküzdési stratégiák segítségével segít legyűrni a stresszt (erről még lesz szó a későbbiekben).

Seligman és társai hosszú távú kutatási programja (2002) azt mutatja, hogy az optimista gondolkodásmódot három feltételezés vagy tulajdonítás (attribúció) jellemzi a negatív eseményekkel kapcsolatosan (14.2. táblázat).

Seligman, a Nemzetközi Pozitív Pszichológiai Társaság egyik alapítója úgy véli, hogy az optimista gondolkodásmód tanulható. Ennek az egyik módja, tanácsolja, hogy amikor

14.2. TÁBLÁZAT Az optimista ember jellemző feltételezései a negatív eseményekről

Dimenzió	Feltételezés	Példa
Ok = konkrét vs globális	A problémákat egymástól független eseményeknek látja, nem pedig egy nagy ívű trend részeinek.	„Rossz jegyet kaptam az utolsó pszichológiavizsgán” ahelyett, hogy „Rosszul teljesítek az egyetemen”
Probléma = helyzeti vs diszpozicionális	A problémákat a helyzetnek tulajdonítja, nem pedig személyes okokra, belső problémákra vezeti vissza.	„Valószínűleg azért történt, mert kihagytam az utolsó előadást, amikor a professzor átismételte az anyagot” ahelyett, hogy „Nem vagyok elég okos”
Időtartam = átmeneti vs tartós	A problémákat inkább átmeneti, mintsem tartós dolgoknak tartja.	„Ha nem hagyok ki többé egy előadást sem, a következő vizsgán jobban teljesítek” ahelyett, hogy „Soha nem fogom tudni kijavítani ezt a rossz jegyet”

depressziósnak vagy tehetetlennek érezzük magunkat, egy meghatározott módon beszéljünk magunkhoz. A pozitív belső monológnak, állítja Seligman, a minket ért kellemetlenségek, bajok értelmére és okaira kell irányulnia. Ha valaki például fogyókúra alatt megeszik egy nagy szelet tortát, ne úgy gondoljon erre, hogy „Most aztán tönkretettem az egész fogyókúrát, akár egy egész tortát is nyugodtan megehetek!”, hanem inkább így: „Hát, ez a torta nagyon finom volt, és jólesett, de tudom, hogy elég erős vagyok ahhoz, hogy az idő java részében be tudjam tartani a diétát”. Lényegében Seligman azt állítja, hogy az optimizmus a gondolkodás, az önértékelés és a viselkedéstervezés egy konstruktív módjának elsajátításával megtanulható.

Amikor ezt végiggondoljuk, jusson eszünkbe a kognitív kiértékelés szerepének fontossága a stresszreakcióban, illetve a fejezetnyitó problémában is felvetett jelenség, hogy az egyes emberek eltérően reagálnak a stresszorokra. Ha megtanulunk optimistábban gondolkodni, vagy nagyobb szívósságot tanúsítani a reakciónkban, megváltozik a mód, ahogyan értékeljük a potenciális stresszorokat, így kisebb stresszt fogunk átélni.

Reziliencia Christina Applegate látszólag ragyogó életet élt és él. Az 1971-ben Hollywoodban született színésznő édesanyja maga is színésznő és énekesnő volt, édesapja pedig lemezproducer. A gyönyörű, tehetséges fiatal nővé cseperedett Christina több tucat filmben, tévéműsorban, sorozatban és Broadway-produkcióban szerepelt. Nyert számos díjat, nagyszámú rajongótábora volt, vezette a *Saturday Night Live*-et és 2009-ben a *People* magazin beválasztotta a leggyönyörűbb emberek közé.

A ragyogó felszín alatt azonban rengeteg stressz volt. Christina szülei egészen kicsi korában elváltak, az első férjével alig pár évig tartott a házassága. Egyik közeli barátja és korábbi partnere meghalt túlادagolásban, a rákövetkező hónapban pedig mellrákot diagnosztizáltak Christinánál, akinek mindkét mellét eltávolították műtéten. A rák korai felfedezése megmentette az életét, a betegség eltűnt. Vajon hogyan birkózott meg a tudattal, hogy ahogyan az édesanyjának korábban, úgy neki is mellrákja lett? Egy interjújában elmondta, hogy amikor meghallotta a diagnózist, „elsőre sokkolt, de szinte rögtön ez után átkapcsoltam megoldó üzemmódba”. A *USMagazine.com*-nak adott egyik interjújában (2010) azt is elmondta, hogy az életének nagyon fontos része lett a betegség

elleni küzdelem. „Az embert elkapja a harci láz: határt szab a stressznek, nem eszik meg többé minden vackot, az élete 180 fokos fordulatot vesz. Egy kicsit másként kezd tekinteni az életre.” Christina ma is elkötelezett támogatója a mellrák elleni küzdelemnek, az alapítványán keresztül adományokat gyűjt a betegség gyógyítását célzó kutatásokra.

Christina Applegate élete tele van sikerekkel ugyanúgy, mint nehéz helyzetekkel. Vajon a szerencsének mennyi szerepe van abban, hogy mindig talpra áll? Pszichológusok úgy vélik, hogy Christina döntései, hozzáállása és viselkedése mögött egy olyan tulajdonság lapul, ami sokkal fontosabb a jóléthez, mint a tehetség vagy a zsenialitás: a **reziliencia**.

A reziliencia alatt eredetileg a gyerekek azon képességét értjük, hogy a fejlődésüket súlyosan fenyegető állapotokhoz, helyzetekhez képesek rugalmasan adaptálódni, és így elérni a jóllét állapotát (Masten, 2001). A szó latin eredetű, arra a képességre utal, amikor valaki a hullámok között bukdácsolva is a felszínen marad. Több mint húsz éven át a rezilienciára irányuló kutatások csak olyan gyerekek és serdülők, fiatal felnőttek körében folytak, akik nagyon stresszes körülmények között éltek, például a szüleik elhanyagolták vagy bántalmazták őket, a szülőnek mentális zavara volt, meghalt valakijük, vagy egyéb komoly kockázati tényezőnek voltak kitéve. Mi lehet az oka annak, gondolkodtak a kutatók, hogy egyes gyerekek nem csupán talpon tudnak maradni a nehéz körülmények dacára, de egyenesen fejlődni is képesek, míg mások megbetegsznek és szenvednek *ugyanolyan* körülmények között?

A reziliencia öröklött vagy szerzett képesség? A reziliens gyerekek már egészen fiatal korban kitűnnek bizonyos képességeik révén. Jobbak a kognitív képességeik, lelkiismeretesebbek, jobbak a társas készségeik, nagyobb a kompetenciájuk, és ügyesebben hozzáférnek a gondozói/szülői forrásokhoz (Masten, 2001; Riolli, 2002). Az, hogy a reziliencia jellemzői ennyire fiatalon már láthatóak, azt támasztja alá, hogy öröklött képességről lehet szó. Az utóbbi időben azonban a figyelem a felnőtt populációban jelen lévő rezilienciára terelődött, illetve arra, hogy a reziliencia tanulható-e.

A felnőttek körében végzett egyik rezilienciavizsgálatba olyanokat vontak be, akik túléltek az 1999-es koszovói harcokat. Reziliencián személyiségvonások – extraverzió, lelkiismeretesség és optimizmus – egyfajta kombinációját értjük (Riolli, 2002). Ezek közül az optimizmus különösen fontosnak tűnik a rezilienssé és kevésbé sérülékenyvé válásban. Bizonyára feltűnt nekünk, hogy a reziliencia mintha átfedést mutatna a szívóssággal – a két fogalom valóban nem áll távol egymástól. De míg a szívósság három konkrét feltételt foglal magában, a reziliencia kvalitások szélesebb köréből épül fel. Derűlátásra ad okot, hogy a szívósság megfelelő tréningekkel fejleszthető – talán a reziliencia esetében is találunk erre módot.

A Columbia University pszichológusa, George Bonanno úttörő kutatásokat végez a gyász és a trauma terén. Kiterjedt longitudinális kutatásai és interjúi révén a legkülönbözőbb, szélsőséges mértékű stresszhatással járó eseményeket (ezek között volt az egyéni veszteségektől a természeti katasztrófákig minden) meg- és túlélte felnőttekkel és gyerekekkel került kapcsolatba, és az alábbi következtetésre jutott: „A mindig talpra állás képessége megmarad végig a felnőttkor során” (Bonanno, 2009). Kutatásai alapján Bonanno úgy véli, hogy a reziliencia és a felépülésre való képesség sokkal gyakoribb, mint a krónikus diszfunkció vagy a hosszan tartó trauma. Úgy igazságos, ha azt feltételezzük, hogy akik nem képesek jól megbirkózni egy új stresszorral, azoknak más okokból már eleve nagyon magas volt a stressz-szintjük – azaz még az általános adaptációs szindróma 2. fázisában voltak. A 14.3. táblázat részletesebben is ismerteti Bonanno eredményeit.

14.3. TÁBLÁZAT A pszichés funkcionálás módjai Bonanno szerint

Működési mód	Leírás	Gyakoriság
Reziliencia	A traumatikus eseményt (például egy szeretett személy halála) megélő felnőtt meg tudja őrizni képességét a viszonylag egészséges testi-lelki működésre és a pozitív érzelmekre.	Gyakori
Felépülés	A normális működés átmenetileg, hónapokra vagy még tovább átadja helyét a pszichés distressznek (például depressziós vagy PTSD-s tünetek), majd fokozatosan visszatér a funkció az esemény előtti állapotába.	Gyakori
Krónikus diszfunkció	Elhúzódó, általában évekig vagy még tovább tartó szenvedés és működésképtelenség.	Ritka
Megkésett gyász vagy trauma	Elsőre normálisnak tűnő „helyrebillenés”, de hónapokkal később a tünetek és a distressz súlyosbodik. A kutatók eddig nem találtak bizonyítékot a megkésett gyász okára, de öröklött jelenségnek tűnik az állapot kialakulása.	Ritka

Bonanno a *nem szalonképes megküzdés* kifejezést alkalmazza azokra a megküzdési stratégiákra, melyek az adott stresszhelyzetben hasznosak lehetnek, de normális körülmények között nem megfelelő reakciók. Ilyen az én felnagyítása, az „egofényezés”, a nevetés és a mosolygás, a gondolatok elfojtása, a hit abban, hogy bármit és bármi áron képesek vagyunk túlélni. Szerinte a lényeg az, hogy az ember szinte bármit képes meglepően jól átvészelni, és ehhez igen sokféle egyéni stratégiát vetünk be. Egyfajta tanúságtétel ez amellet, hogy az ember szinte bármilyen kihíváshoz képes alkalmazkodni (Bonanno & Mancini, 2008).

A rezilienciáról azt hihetnénk, ritka képesség. Valójában hétköznapi hősök járnak-velnek közöttünk, akik úgy élnek túl szörnyűségeket, hogy mi észre sem vesszük. Az ő képességük arra, hogy megbirkózzanak a fájdalommal és a kihívásokkal, nem valami ritka szupererő eredménye, hanem egyfajta *hétköznapi varázslaté*. Ezt a kifejezést a rezilienciakutató Ann Masten (2001) arra a normális adaptációs folyamatra alkalmazza, aminek révén az ember képessé válik nagyobb eredményt elérni, mint amire számít. Ha többet várunk, többre számítunk, azzal talán teszünk még egy lépést a nagyobb optimizmus és erősebb reziliencia felé a saját életünkben is.

[PSZICHOÜGYEK]

Pszichológiai ismeretek szerzése pszichológiai eszközökkel

Képzeld el, hogy valamilyen csapás ér minket: egy jó barátunkkal csúnyán összeveszünk, erősen megrendül a belé vetett bizalmunk; egy általunk szeretett személy nem viszonzza az érzéseinket; esetleg elpusztul a kutyánk. A barátaink arra biztatnak, tegyük túl magunk a dolgon. Bármi legyen is a stressz kiváltó oka, nem érezzük úgy, hogy tudnánk róla beszélni bárkivel is, ugyanakkor nagy szükségünk lenne arra, hogy formába önthessük valamiképpen az érzéseinket és a gondolatainkat. Mit tehetnénk? Mit szólnánk ahhoz, ha leírnánk mindazt, ami a lelkünket nyomja? Írás közben többet megtudnánk a saját lelkünkéről is.

Miért hasznos az írás? Miért nem jobb elmenni féktelenül bulizni egyet, hogy száműzzük a fejünkben a gondokat? Az egyik ok, hogy az érzések agresszív kieresztése nem elegendő a stressz csökkentéséhez, és nem tesz jót az egészségnek sem, sőt: még súlyosbíthatja is a helyzetet, vagy káros hatásai lehetnek (Gross & Psaki, 2004; Smythe, 1998). Ezzel szemben, ha írunk a félelmeinkről és a veszteségeinkről, annak terápiás hatása van (Pennebaker, 1990, 1997; Zimmerman, 2002). Az érzések és a félelmek írásba foglalása bizonyítottan egészségtámogató hatású immunbetegségben szenvedőknél (Pennebaker, 1997). Amikor a gondolatainkról és az érzéseinkről írunk, tulajdonképpen magunkhoz és magunkért beszélünk. Nincs hallgatóság, akik előtt teljesíteni kellene, akik megítélnének, lehetünk teljesen őszinték, senkinek semmit nem kell megmagyaráznunk. Csak egy nyugodt helyre van szükségünk, időre, a megfelelő eszközökre és az elkötelezettségre, hogy állandósítsuk ezt a szokásunkat. Ha figyelünk az alábbiakra, könnyebben és hatékonyabban valósíthatjuk ezt meg:

- Teljesen mindegy, mibe és hogyan írunk, válasszuk a nekünk legkényelmesebb és legjobb módszert. Írhatunk számítógépbe, de ahhoz talán nem mindig férünk hozzá. Ha kézzel írunk, az személyesebb kifejezőmódot tesz lehetővé, és arra sem kell ügyelnünk, hogy olvasható legyen a kézírásunk, végül is ezek az írások csak nekünk szólnak. Utóbbi módszernek az is előnye, hogy a tollal nemcsak írni, de firkálni és rajzolni is lehet, ha ahhoz támadna kedvünk. Egy kis méretű jegyzetöböt vagy naplót ráadásul mindenhol magunkkal vihetünk.
- Válasszunk egy témát, amivel belevágunk az írásba. Ha egy konkrét veszteség vagy félelem miatt adjuk a fejünket az írásra, kezdjük azzal. Ha nem ez a helyzet, válasszuk az életünk egy fontos kihívását, és vessük papírra az erről szóló gondolatainkat és érzéseinket. Az egyik pszichológiai professzor, aki a veszteség pszichológiájáról tart előadásokat, arra szokta kérni a diákjait, hogy vezessenek veszteségnaplót, tehát írjanak a személyes veszteségeikről vagy emlékezetes tragédiákról, például terrortámadásokról, egy híresség haláláról, és hogy ezek az események mit jelentettek nekik (Harvey & Hofmann, 2001).
- Írjuk ki magunkból a gondolatokat és érzéseket is. Igyekezzünk megtalálni a bonyolult történések és tapasztalatok értelmét. Talán nem találjuk meg a választ például arra a kérdésre, miért nem volt elég erős a kapcsolatunk a volt párunkkal, de gondolkodhatunk különböző válaszokon („Talán ideje volt egy kicsit a saját utamat járni”). A terápiás írás vagy beszéd fontos célja a belátás, a fejlődés és a változás. Az is segítséget jelenthet, ha az emlékeinket úgy írjuk meg, mint egy történetet: legyen eleje, közepe és vége; írjuk le a karaktereket és az eseményeket; vonjuk le a saját „erkölcsi tanulságunkat”, és hogy mit tanultunk a történetekből (Harvey et al., 1990; Murray, 2002).
- A ráérő időnkben írjunk, célként heti néhány oldalt tűzzünk ki. Úgy írjunk, mintha újságírók lennénk, a fontosnak tűnő részeket kiemelve (DeSalvo, 2000). Kísérletezzünk a különféle írásmódokkal, mintha például szerelmes vagy gyűlölködő levelet írnánk. Keressük meg a nem nyilvánvaló jó dolgokat, vagy kategorizáljuk az általunk megtett dolgokat (például amit másokért tettünk, szemben mindazzal, amit magunkért) (Zimmerman, 2002).

- Ne adjuk fel. Tegyük szokásunkká az írást, ne csak azokra az időkre tartogassuk, amikor rossz passzban vagyunk. Egy kutató azt találta, hogy ha csak traumák idején írunk, az felerősíti bennünk a fájdalmat, és rontja annak képességét, hogy túltegyük magunkat a traumán vagy megnyíljunk. Tehát olyankor is írjunk pár sort, amikor nem „kellene” írunk (hiszen jól érezzük magunkat), így később emlékszünk majd arra is, amikor éppen minden kerek volt.

Az írás célja nem az, hogy egyszerű íróvá váljunk (bár természetesen még ez is megtörténhet!), hanem hogy megküzdjünk a stresszel, megfelelő reakciókat és megküzdési módokat tanuljunk, és hogy gyógyuljunk. Mi tűzzük ki a célokat, és mi fektetjük le a szabályokat. Menet közben azt is végiggondolhatjuk, miként tegyük magunkévá a stressz felfogásáról és a szívósságról tanult dolgok némelyikét. Például írás közben koncentrálnunk arra, hogy javítsuk azon képességünket, hogy adaptívabb módon fogjuk fel a stresszorokat. Ne feledkezzünk meg továbbá a narratíva fontosságáról sem, amiről a fejezet első részében volt szó. De ne hagyjuk, hogy az írás stresszeljen minket! Ezek az „írásfeladatok” csak ránk tartoznak, nincsenek határidők, és jegyet sem kapunk rájuk.

Minden világos?

1. Egészségügyi szempontból az A típusú személyiség legkockázatosabb vonása
 - a. az ellenségeség érzése
 - b. a perfekcionizmus
 - c. a versengésre való hajlam
 - d. a folytonos sietés
2. Akik úgy érzik, képesek hatással lenni a saját életük alakulására, azokra a _____ kontrollhely a jellemző, és nagyobb valószínűséggel _____
 - a. belső; gyakrabban szenvednek frusztrációtól
 - b. külső; gyakrabban szenvednek frusztrációtól
 - c. belső; tovább élnek
 - d. külső; tovább élnek
3. Roz nemrégiben olyan munkakörbe került, amire nem vágyott. Erre a változásra reagálva úgy határozott, hogy inkább lehetőségként tekint a nem kívánt helyzetre, amiben fejlődhet, és elkötelezi magát a képességei szerinti legjobb munkavégzésre. Melyik személyiségvonásra ismerünk rá Roz hozzáállásában?
4. Gondoljunk egy negatív eseményre vagy helyzetre, ami nemrégiben történt velünk. Martin Seligman szerint milyennek érdemes látnunk ezt a negatív dolgot (három jellemzőre vagyunk kíváncsiak)?
5. Hogyan illenek a személyiségjellemzők a stressz-betegség kapcsolatba?

Helyes válaszok: 1. a 2. c 3. A szívósságra; erre utal az elköteleződése a munka irányába, és hogy kihívásként tekint a kellemtelenségekre. 4. Konkrétan (nem pedig globálisan), az adott helyzetre vonatkozóan (nem pedig a személyünkre utalóan) és átmennél (nem pedig általánosan). 5. A személyiségjellemzők képesek módosítani a stresszor és a stressz közötti kapcsolatot azáltal, hogy befolyásolják, miként fogjuk fel és értelmezük a stresszről szóló vonásokat. A többi módosító vonás az a rendelkezés, amely kevésbé érzék magukat stresszesnek, ha stresszorral szembesülnek, ezért jobban ellenállnak a stressznek.

14.4. KULCSKÉRDÉS

Hogyan alakíthatjuk át a negatív stresszt pozitív életstratégiákká?

Meg tudjuk tenni, hogy hosszú és egészséges életet választunk magunknak? Vagy az egészségi állapotunkat rajtunk kívül álló tényezők határozzák meg, például a genetikai hátterünk, vagy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésünk? Egy traumás stresszort – például egy földrengést vagy egy családtag halálát – követően, vagy krónikus stresszel a vállunkon (például mert túl sokat kell dolgoznunk) tehetünk bármit is azért, hogy csökkentsük a stressz egészségünkre gyakorolt hatását?

Mostanra bizonyára megértettünk, hogy ha szívósságunkra, belső kontrollhelyünkre és optimista hozzáállásunkra tudunk támaszkodni, akkor igenis sokat tehetünk. Van még egy jó hírünk: megküzdési stratégiákkal és az életünkkel kapcsolatos döntéseinkkel még a betegséget és a halálunk időpontját is befolyásolhatjuk (Elliott & Eisdorfer, 1982; Taylor, 2009). Ha tudunk a sorok között olvasni, úgy a 14.4. táblázatból kitűnik, hogy a „korai halál” (olyan halál, ami évekkal az adott halálok életkor, nem vagy lakóhely szerinti standard időpontja előtt következik be) számos esete olyan viselkedésformákra vezethető vissza, melyek felett bizonyos mértékű egyéni kontroll gyakorolható.

14.4. TÁBLÁZAT A hús vezető halálok (esetszám/év)

1. Szívbetegségek: 616 067
2. Rák: 562 875
3. Sztrók (cerebrovaszkuláris betegségek): 135 952
4. Krónikus alsó légúti betegségek: 127 924
5. Balesetek (nem szándékos sérülések): 123 706
6. Alzheimer-kór: 74 632
7. Cukorbetegség: 71 382
8. Influenza és tüdőgyulladás: 52 717
9. Nefritisz, nefrotikus szindróma és nefrózis (vesebetegségek): 46 448
10. Szeptikémia (bakteriális fertőzés): 34 828
11. Szándékos önsértés (öngyilkosság): 34 598
12. Gyilkosság: 18 361

Megjegyzés: 2007-ben összesen 23 199 személy halt meg alkoholos eredetű okból az Egyesült Államokban. Az alkoholhoz köthető idő előtti halálozás 3,2-szer gyakoribb a férfiak, mint a nők körében, mert a férfiak gyakrabban isznak, és nagyobb mennyiségű alkoholt fogyasztanak.

A fejezetnek ebben a részében a stresszel való megküzdés hatékony módjait járjuk körül, illetve megvizsgáljuk azokat az életvezetési döntéseket is, melyek egészségjavító hatásukon keresztül segítenek távol tartani a stressz pusztító hatásait. A központi fogalmunk szerint:

14.4. Központi fogalom

A hatékony megküzdési stratégiák csökkentik a stressz egészségre gyakorolt negatív hatásait, míg a pozitív életvezetési döntések javíthatnak a testi-lelki egészségi állapoton, illetve az általános jóllét érzésén.

A megküzdési stratégiák a stressz hatásainak enyhítésén keresztül befolyásolják az egészségi állapotot. A pozitív életvezetési döntések felruháznak minket a hatékony megküzdéshez szükséges erővel, illetve van még egy jótékony hatásuk: moderátorokként képesek enyhíteni a stressz megélését, amikor egy stresszorral kerülünk szembe. Az ilyen döntéseink tehát fokozzák a stresszel, illetve a betegségekkel szembeni ellenálló képességünket. Ha ismét vetünk egy pillantást a 14.10. ábrára, láthatjuk, hogyan kapcsolódnak össze a stressz és a betegségek komponensei a teljes kép kialakításához. A fejezetnek ezt a részét a stressz legyűrésében leghatékonyabbnak bizonyult megküzdési stratégiák ismertetésével kezdjük. Ezt követően azokról az életvezetési döntésekről lesz szó, melyek összefüggésbe hozhatók a stressz enyhítésével és a betegségek megelőzésével. Végül pedig megnézzük, milyen tulajdonságok jellemzik azokat az embereket, akik állításuk szerint boldogok, és köszönik, jól vannak.

Pszichés megküzdési stratégiák

Tudjuk, hogy az A típusú személyiség és a tanult tehetetlenség felerősítheti a stresszreakciót, a szívósság, az optimizmus és a belső kontrollhely viszont enyhítheti azt (emlékeztetjük meg a 14.4. táblázatot). Ha komoly stresszhelyzetekkel és nehézségekkel nézünk szembe, forduljunk tanácsért és segítségért szakemberhez. De mit tudunk tenni mi magunk, hogy hatékonyan szálljunk szembe a stresszel? És mit is jelent pontosan az a kifejezés, hogy megküzdés?

Védekezés versus megküzdés A stresszkezelő viselkedésnek két nagy típusát különböztetjük meg: a védekezést és a megküzdést.

1. A **védekezés** során igyekszünk csökkenteni a stressz tüneteit, vagy minél kevésbé figyelni azokra. Ha például nagyon izgulunk egy fontos vizsga előtt, amire nem készültünk fel megfelelően, egyszerű védekezés lehet elterelni a figyelmünket valamilyen szórakozással, mondjuk, elmenni egy buliba. A védekezés azonban nem oldja meg és nem szünteti meg a problémát: a vizsgát nem napolják el, és mi nem leszünk felkészültebbek a bulizás hatására. De egy rövid időre enyhül a stressz érzése. A védekezésnek megvan az az előnye, hogy képes enyhíteni bizonyos kellemetlen jelenségeket, mint az aggodalom, a kényelmetlenség vagy a fájdalom, de ennek az az ára, hogy visszavet minket a stresszorral való hatékony megküzdés útján. A stressz mindenképpen visszatér, és akkor talán már még nehezebb lesz úrrá lenni rajta.
2. Az egészséges **megküzdés** ezzel szemben olyan cselekvést jelent, ami csökkenti vagy teljesen megszünteti a stressz okát, tehát nem csak annak tüneteire irányul. Hogy megküzdhezzünk a stresszel, konfrontálódunk kell vele,

azonosítanunk a kiváltó stresszort, és kitalálni a megoldást a problémára vagy azt a módot, amivel enyhíthető a nekünk okozott kár. Ettől nemcsak jobban érezzük magunkat, de az egész stresszes helyzet javulását is elérjük. Hogy megküzdhesünk a fenyegető vizsga okozta stresszel, ahhoz muszáj:

- realizálni, hogy felkészületlennek érezzük magunkat;
- hatékony tanulási stratégiát kidolgozni a felkészüléshez;
- javítani az időbeosztásunkon;
- elmenni levizsgázni.

Ha így teszünk, nem csupán felkészültnek érezzük majd magunkat, de azok is leszünk, és kevésbé szorongunk. Természetesen a bulizást kénytelenek leszünk nélkülözni, amíg le nem vizsgáztunk, de utána úgy mehetünk el mulatozni, hogy nem kell szoronganunk a még előttünk álló vizsga miatt.

A probléma- és az érzelemfókuszált megküzdés Általánosságban két alapvető egészséges megküzdési mód létezik: az egyik az érzelmekre fókuszál, a másik a problémára.

- A problémafókuszált megküzdés** során egyértelműsítjük, mi a stresszor, és lépéseket teszünk ellene. Ennek része lehet az előre tervezés is, például ha amiatt vagyunk stresszben, hogy tanárként egy új iskolába megyünk dolgozni. Egy ilyen helyzetben megtehetjük, hogy ellátogatunk az új iskolába felmérni a terepet, beszélhetünk egy megfelelő tanácsadóval, aki adhat pár tippet, hogyan lehetünk sikeresek, ily módon csökkenthetjük a szorongásunkat amiatt, hogyan is működik majd ez a dolog, és hogy tudunk-e majd boldogulni.
- Az érzelemfókuszált megküzdés** célja a stresszorra adott érzelmi reakciók megregulázása annak révén, hogy azonosítjuk az érzéseinket, és igyekszünk feldolgozni őket. Ez egy hatékony módszer, ami nem keverendő össze a *rágódással* (lásd 12. fejezet), ami a negatív gondolatokra, nem pedig az érzelmekre irányul. Nem meglepő módon a rágódásról kiderült, hogy gátolja az immunrendszer működését (Thomsen et al., 2004), ráadásul egyáltalán nem érezzük magunkat jobban tőle!

A megküzdés mindkét fenti típusa hasznos és eredményes lehet, általában azonban a problémafókuszált megküzdés a jobb választás, hiszen itt konkrét lépéseket teszünk a stresszor megszüntetésére. Az érzelemfókuszált megküzdés akkor lehet jó választás, ha egyszerűen muszáj tudomásul vennünk egy helyzetet, vagy amikor először az érzelmeinkkel kell kezdenünk valamit ahhoz, hogy képesek legyünk világosan átgondolni, mi lenne a helyes lépés (Folkman & Lazarus, 1980; Zakowski et al., 2001).

Olyan is előfordul, hogy a legjobb mindkét megküzdési módszert alkalmazni. Ha például kirúgnak minket a munkahelyünkről, elkezdhetünk új állást keresni (problémafókuszált megküzdés), de előfordulhat, hogy azon kapjuk magunkat, képtelenek vagyunk a feladatra koncentrálni, mert túlságosan dühösek és zavartak vagyunk a kirúgásunk miatt. Ha így áll a helyzet, érdemes először valamilyen érzelemfókuszált módszerrel hozzásegíteni magunkat a lenyugváshoz, és ezen keresztül a józan gondolkodás képességéhez.

Elmehetünk például futni vagy a konditerembe, megbeszélhetjük a dolgot egy bizalmas barátunkkal, írhatunk a naplónkba, vagy kereshetünk egy másféle elfoglaltságot, ami átsegít minket a nehéz érzelmi állapoton. Vagy vehetünk egy forró fürdőt, pihenhetünk kicsit, ehetünk valami finomat. Az ilyen és hasonló érzelemfókuszált megküzdési technikák nem csupán védekezőmechanizmusok, azaz nem egyszerűen csak eltávolítjuk magunkat a problémától, itt sokkal inkább az érzelmi reakciók feldolgozása a cél, még mielőtt azok kikerülnének az irányításunk alól, és az egészségünk látna ennek kárát. Amikor aztán már nyugodtnak és felkészültnek érezzük magunkat, képesek leszünk a stresszorra és a problémamegoldásra koncentrálni.

Bármelyik típusú megküzdésről legyen is szó, nem szabad elfelejteni, hogy a stratégiák egyaránt lehetnek pozitívak és negatívak. A különböző megküzdési stratégiákat a 14.5. táblázat ismerteti. Keressük meg azokat, melyeket a múltban használtunk, és azokat is, melyeket inkább szeretnénk alkalmazni a jövőben.

14.5. TÁBLÁZAT Pozitív és negatív megküzdési stratégiák

	Pozitív stratégia	Negatív stratégia
Problémafókuszált megküzdés	<ul style="list-style-type: none"> Időmenedzsment: prioritások felállítása, az idő kiegyensúlyozott felhasználása Célok kitűzése: mit szeretnénk, mi történjen. Asszertivitás: Annak világos közlése, hogy mire van szükségünk. Udvarias nemet mondás. 	<ul style="list-style-type: none"> Halogatás: a prioritások figyelmen kívül hagyása, időpocsékolás. Passzivitás: a történések kivárása. Agresszivitás: kiabálás vagy káromkodás anélkül, hogy elmondanánk, mire van szükségünk.
Érzelemfókuszált megküzdés	<ul style="list-style-type: none"> Testmozgás: kocogás, konditerem. Önmagunkra figyelés: pihenés, egészséges étkezés, fürdő. Elfoglaltság: beszélgetés egy baráttal, részvétel társasági eseményeken. 	<ul style="list-style-type: none"> Inaktivitás: heverészás a kanapén napokon keresztül. Önbántalmazás: falás, purgálás, éheztetés, a higiénia elhanyagolása, droghasználat. Visszahúzóddás: elmaradás a társasági eseményekről, emberkerülés.

Kognitív átstrukturálás A kognitív felfogásnak nagy szerepe van a stressz és a betegségek kapcsolatának alakulásában. És bár azok a személyiségtényezők – például a szívósság és a belső kontrollhely –, melyek kevésbé kiszolgáltatottá tesznek minket a stresszel szemben, mélyen beépültek az általános „működémódunkba”, és kevés tudatos erőfeszítést igényelnek, egy kis tudatos munkával az alapelveiket alkalmazhatjuk a megküzdési erőfeszítéseink során (Kohn & Smith, 2003). A **kognitív átstrukturálás** pont erről szól: újraértékeljük a stresszorokat annak céljából, hogy kevésbé stresszes perspektívából is képesek legyünk látni őket (Meichenbaum & Cameron, 1974; Swets & Bjork, 1990). A módszer része, hogy felismerjük a szorongást okozó stresszorról szóló gondolatainkat, és rávegyük magunkat arra, hogy a stresszort kiegyensúlyozottabb, realisabb módon szemléljük. Ha például kirúgnak a munkahelyünkről, azt tekinthetjük egy új lehetőségnek arra, hogy egy élvezetesebb, jobban fizető munkát találjunk, vagy hogy szakmai téren fejlődjünk. A kognitív átstrukturálás különösen azoknak ajánlott, akik krónikus stressztől szenvednek. Valójában ez a módszer az előző fejezetben tárgyalt kognitív-viselkedési terápia egyik pillére. Jóval többről van itt szó, mint hogy jó képet

kell vágni mindenhez – ez a módszer olyan konstruktív problémamegoldó üzemmódba teszi az embert, ami felgyorsítja a hatékony cselekvést tartalmazó stratégiákat.

A **társas összehasonlítás** a kognitív átstrukturálás azon típusa, amikor a saját helyzetünket olyanokéval vetjük össze, akik hasonló helyzetben vannak. A kifejezést az egészségpszichológus Shelley Taylor (1983) használta elsőként, aki mellrákos betegek vizsgálata során említette a módszert.

- A nők némelyike a **lefelé irányuló társas összehasonlítást** alkalmazta, azaz a saját helyzetüket olyanokéval hasonlították össze, akik náluk rosszabb állapotban voltak. Ez segített nekik a saját betegségüket pozitívabb megvilágításban látni. (Itt nem arról van szó, hogy valaki örömet lelné mások fájdalmában vagy bajában. Ez a stratégia egyszerűen csak annyit jelent, hogy felismerjük és elismerjük a rosszabb kimenetek létezését is.)
- Mások a **felfelé irányuló társas összehasonlításhoz** folyamodtak, ami azt jelenti, hogy a saját állapotukat a náluk jobb állapotban lévőkével vetették össze – az ilyen sorstársakat inspirációnak tartották arra nézve, hogy az ő állapotuk is javulhat.

A kutatások azt támasztják alá, hogy mindkét típus hatékony megküzdési stratégia. A lefelé irányuló társas összehasonlítás az érzelemlátványt megküzdést képviseli, mert az összehasonlítás eredményeképpen kevésbé aggódunk, míg a felfelé irányuló a problémafókuszált megküzdésre példa: a jobb állapotba kerültek modellként szolgálnak a konkrét cselekvéshez (Wills, 1991).

Pozitív érzelmek Ha a negatív gondolkodás és a negatív érzelmek, mint az ellenségesség, stresszkeltő hatásúak, úgy igaz lehet az ellenkezője is? Azaz a pozitív érzelmek gyógyító hatásúak? Számos területen végzett kutatások támasztják alá, hogy ez lehetséges.

A kérdést megválaszolni igyekvő egyik vizsgálatba 75 és 95 év közötti katolikus apácákat vontak be. A kutatók hozzáférést kaptak azokhoz az önéletrajzokhoz, melyeket az apácák közvetlenül a rendbe való felvételük előtt írtak (ekkoriban a többségük a húszas éveik elején járt), és megvizsgálták az írások érzelmi tartalmát. Az egyoldalas önéletrajzokat a bennük található pozitív, negatív és semleges szavak aránya alapján értékelték. Egyértelmű különbség rajzolódott ki előttük: azok az apácák, akik a legtöbb pozitív töltetű szót használták, átlagosan 9,4 évvel tovább éltek, mint a legkevesebb pozitív szót használók! Ezenfelül azok, akik többféle pozitív érzelmet kifejeztek, plusz egy életévet nyertek (Danner et al., 2001).



Az apácákat vizsgáló klasszikus kutatás a pozitív érzelmeknek az egészségben és a hosszú életben betöltött szerepét támasztja alá. A pozitív érzelmek megélése és kifejezése juttatása ténylegesen képes meghosszabbítani az élettartamot.

A humorérzék és a humoros megnyilvánulások szintén stresszoldó hatásúak. Ha képesek vagyunk nevetni egy stresszoron, az nem csupán jobb hangulatra derít minket, de enyhíti a stresszor pszichés hatását is (Dillard, 2007). A jó humorérzék mint személyiségjellemző, úgy tűnik, csökkenti a helyzetek stresszként való kognitív kiértékelését (Kuiper et al., 1993; Lefcourt, 2000). Ezek az eredmények egybecsengenek a harvardi pszichológus George Vaillant kutatásaival, aki férfiak élettartam-vizsgálatai során arra jutott, hogy a vidámság az egyik legfontosabb prediktora az egészségnek és a hosszú életnek (Vaillant, 1990).

Ha nekünk nincs eredendően jó humorérzékünk, vagy jellemzően nem szoktunk túl sok pozitív érzelmet megélni, attól még profitálhatunk ezekből a megküzdési mechanizmusokból. Tegyük tudatos erőfeszítéseket azért, hogy észrevegyük a pozitív pillanatokat az életben, és keressük azokat a helyzeteket, amelyekben humor és vidámság rejtőzik, ezzel javítani fogunk az életminőségünkön, állítja a pozitív pszichológia egyik vezető személyisége, Martin Seligman *Autentikus életöröm – A teljes élet titka* (Authentic Happiness, 2002) című könyvében. Ennek egyik megrendítő megfogalmazása egy AIDS-betegről származik, aki ezt mondta: „Előbb-utóbb mindenki meghal. Már értékelem mindazt a gyönyörűséget, amit a világ nyújt nekünk. Régebben észre sem vettem ezeket, például a virágokat. Ma minden alkalmat megragadok arra, hogy beszívhassem a rózsák illatát, és hogy olyasmit csináljak, ami örömet okoz számomra” (G. M. Reed, idézi Taylor, 1999).

Értelemkeresés Viktor Frankl már elismert idegkutató volt Ausztriában, amikor a nácik a családjával együtt koncentrációs táborba hurcolták. Itt több ezer társával együtt a legkülönbözőbb szenvedéseken ment keresztül, körülötte sokan – a felesége és a szülei is – meghaltak. Frankl azonban életben maradt, és amikor véget ért a háború, jelentős eredményeket ért el a pszichológia terén. Munkája során azzal foglalkozott, hogy az olyan, látszólag megmagyarázhatatlan, felfoghatatlan eseményekben is, mint amilyenek a koncentrációs táborban történtek, mennyire fontos értelmet, jelentést keresni és találni. Híres könyvében, *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben* (Man's Search for Meaning, 1959), így ír: „Amikor nem lehetséges megváltoztatnunk a helyzetet – például gyógyíthatatlan betegséggel állunk szemben –, önmagunkat kell megváltoztatnunk.”

Frankl elmélete számos kutatást ihletett, melyek arra irányultak, hogy milyen előnyei lehetnek annak, ha az ember értelmet talál az őt ért veszteségekben. Két konkrét megoldástípust sikerült azonosítani: az **értelemkreálást** és az **előnykeresést**. Egy nagymértékben negatív életeseményt követően igyekszünk olyan értelmet találni a történetekben, ami illeszkedik a megjósolható, kontrollálható és nem véletlenszerű világról alkotott képünkbe (Tait & Silver, 1989; Tedeschi & Calhoun, 1996). Egy halálesetnek például értelmet adhatunk azzal, hogy elkerülhetetlen volt, hiszen az illető régóta küzdött a betegséggel, vagy világeletemben nagyon erős dohányos volt. A Katrina hurrikán miatt a New Orleans-i védgáttalakkal régóta fennálló gondokról szóló viták is hasonló értelemkeresési kísérletre utalnak. A mélyen hívő emberek Isten akaratának tulajdonítják a veszteségeket. A másik megoldást az jelenti, amikor egy olyan előnyt sikerül felfedeznünk, amit végső soron a veszteségnek köszönhetünk, például amikor valakinek a halála döbönt rá minket az élet értékességére.

A sikeres megküzdéshez, úgy tűnik, egyaránt szükség van az értelemkreálásra és az előnykeresésre is, de eltérő időben. Az előbbi jelenti az első feladatot, de a veszteség feldolgozása és az életerő visszanyerése után az előnykeresés kerül előtérbe (Janoff-Bulman

& Frantz, 1997). Ez magyarázza meg, hogy akik elveszítik a gyermeküket, akiknek egy szerettük erőszakos vagy balesetből eredő halálával kell megküzdeniük, tehát olyan veszteség éri őket, ami szembemegy az élet természetes rendjéről alkotott felfogásunkkal, miért jelent sokkal nehezebb feladatot a veszteség feldolgozása (Davis et al., 1998).

Ennek ellenére soha nem könnyű feladat értelmet találni egy tragédiában. Számíthatunk bármilyen segítségre ezen a téren? Nem meglepő módon az optimistáknak talán könnyebb a dolguk, mint a pesszimistáknak, különösen, ami az előnykeresést illeti (Park et al., 1996). Az erős vallásos hit is megkönnyíti tűnik az értelemkreálást, különösen, ha egy gyermek elvesztéséről van szó. Ezt bizonyította az a vizsgálat is, amibe bölcsőhalálban meghalt gyerekek szüleit vonták be (McIntosh et al., 1993). A társas támogatás előnyei – ezt hamarosan kicsit részletesebben is kifejtjük – sem korlátozódnak egy konkrét személyiségtípusra vagy a hívőkre, és fontos szerepet játszik mind az értelem, mind az előny megtalálásában.

Beszámoltatás: segítség vagy akadályozás? 1999. április 20-án két állig felfegyverzett diák lépett be a coloradói Columbine egyik középiskolájába. Mielőtt önmaguk ellen fordították volna a fegyvereiket, agyonlőtték 12 diaktársukat és egy tanárt. A túlélőknek segítségre volt szükségük a megküzdéshez, akárcsak a családtagjaiknak és a tágabb közösség tagjainak. És bár a túlélők nagy többsége professzionális segítség nélkül is talpra tudott állni a traumából, a közösség vezetői és a mentális szakemberek egyéni vagy csoportos tanácsadásokat szerveztek, hogy így próbálják csökkenteni a poszttraumás stresszt. A lövöldözést követően a tanácsadók minden osztályba ellátogattak, függetlenül attól, hogy az oda járó egyes diákok jelentették-e, hogy bármilyen problémájuk lenne. 9/11-et követően hasonló tanácsadó programokat szerveztek New York-i lakosoknak, de a vártnál lényegesen kevesebben jelentkeztek csak, hogy segítséget kérjenek, így mintegy 90 millió dollár maradt a büdzsében, amit a tanácsadásra szántak (Gittrich, 2003). Felmerül a kérdés: a traumát elszenvedettek ennyire nem szeretnék segítséget kapni, vagy inkább az ilyesfajta segítség az, ami nem hatékony?

A krízisintervenciónak ezt a formáját **pszichológiai debriefingnek** vagy beszámoltatásnak nevezik. Ez egy rövid, azonnali segítségforma, ami a traumára adott érzelmek levezetésére és a reakciók megbeszélésére fókuszál (McNally et al., 2003). A gyakorlat azon a feltételezésen alapul, hogy pszichésen egészségesebb a negatív érzések kifejezése, mint magunkban tartása. Ez a hiedelem a **katarzis** ősrégi fogalmán alapul, ami szerint úgy szabadulhatunk meg az érzelmi nyomástól, ha azt közvetlenül (például az érzéseink elmondásával vagy egy jól irányzott ütéssel) vagy közvetve (mondjuk erőszakos filmek vagy játékok révén) kifejezésre juttatjuk. Sajnálatos módon a katarzis elmélete nem állta ki az empirikus vizsgálatok próbáját – mi több, a vizsgálatok szerint nemhogy nem csökkenti az arousalszintet és a distressz érzését, de gyakorta még tartósítja is azokat. Így hát azoknak, akik önként kérnek tanácsot vagy érzelmi támogatást, ez a szolgáltatás valóban segítséget jelenthet, de hiba lenne azt gondolni, hogy mindenkinek arra van szüksége, hogy „kibeszélje” vagy más módon kiadja az érzéseit. Ezt kérni tőlük kifejezetten kontraproduktív lehet.

A kritikus eseményt követő stressz-debriefing Az utóbbi években jelent meg a pszichológiai debriefing egy speciális típusa, a kritikus eseményt követő stressz-debriefing (critical incident stress debriefing, CISD). Ennek keretében jellemzően 72 órán belül csoportos beszámolón vesznek részt a traumát elszenvedettek. Egy ilyen beszámoló 2-3 óra

időtartamú, gyakorta szervezetek, intézmények rendezik őket (például a Columbine-i középiskola a lövöldözés után, de rendőri és tűzoltóegységek körében sem ritka). A program szigorúan meghatározott rendet követ: a résztvevőknek először a traumás eseményeket a tényekre szorítkozva kell felidézniük, majd feleleveníteniük az ezekre adott azonnali kognitív reakcióikat, ezt követően az érzéseikről és a pszichés distressz bármely tüneteiről számolnak be. Miután ezzel végeztek, a program vezetője felvilágosítást ad a gyakorta tapasztalt tünetekről és az utánkövetéses kezelés lehetőségeiről. Ez egy fizetős szolgáltatás, tehát a résztvevőknek fizetniük kell a debriefinget szervező cégnek, hogy felvilágosítást kapjanak a lehetséges módszerekről.

Hatékony-e a kritikus eseményt követő stressz-debriefing? Vajon tényleg annyira hatékony ez a program, mint amennyire állítják? Ahogy mondani szoktuk, a szokatlan állítások szokatlan bizonyítékokat követelnek. Arról se feledkezzünk meg, hogy ha érzelmileg „terhelt” témákról van szó, hajlamosak vagyunk a torzításra – erős vágyunk a „gyógyír” megtalálására gátolja a bizonyítékokkal kapcsolatos kritikus gondolkodást. Az ilyen esetekben könnyen fellelkesedhetünk egy izgalmas, új módszer, kezelés hallatán, még mielőtt azt igazán tesztelhették volna. És bár a CISD pártolói annak hatékonysága mellett kardoskodnak, nagyon kevés vizsgálatot végeztek olyan módszertan szerint, ami pontosan mérte volna a kimeneteket (Deville et al., 2006). Ugyanakkor egyes traumaszakértők arra figyelmeztetnek, hogy a CISD során alkalmazott eljárások tulajdonképpen megerősíthetik a traumás esemény emlékeit, azaz pont a segítő intervenció céljával ellentétes hatást érik el. Ráadásul ezek a módszerek ellenkeznek egyes régóta tudott eredményekkel arról, hogy a katarzis nem hatékony, ami szintén kételyeket ébreszt a CISD eredményességével kapcsolatban. E könyv szerzőinek kezdeti fenntartásait a programmal kapcsolatban számos szisztematikus vizsgálat is megerősítette, melyek arra a következtetésre jutottak, hogy a módszernek nincs haszna a traumatizáltak szem-pontjából (Beverley et al., 1995; McNally et al., 2003).

Az egyik vizsgálat a World Trade Center katasztrófáját követően a helyszínen dolgozó mentőalakulatok tagjai körében különböző módszerekkel végzett intervenciók hatékonyságát vetette össze, és az alábbi konklúziókat vonta le: „A pszichológiai debriefinget – ez a legszélesebb körben alkalmazott módszer – egyre többen vizsgálják tudományos alapossággal, és az eredmények csalódást keltőek. Bár a programban részt vett túlélők többsége segítő tapasztalatként írta le a debriefinget, nincs meggyőző bizonyíték arra vonatkozóan, hogy a debriefing csökkenti a PTSD gyakoriságát, és egyes kontrollált vizsgálatok eredményei arra utalnak, hogy a módszer gátolja a traumából való felépülés természetes folyamatát” (McNally et al., 2003, 45. o.).

A kognitív és a viselkedésterápiák – amelyek a kognitív átstrukturálásra irányulnak, illetve az eseménnyel kapcsolatos érzelmi izgalom csökkentését célzó egyes jól megalapozott módszereket alkalmaznak – hatékonyabbak lehetnek, mint a CISD, különösen, amikor a terápiára nem azonnal, hanem hetekkel a traumás eseményt követően kerül sor (McNally et al., 2003).

Összefoglalva, az alábbi megküzdési stratégiák találtattak hatékonynak abban, hogy a stressz ne tehessen kárt az egészségünkben: problémafókuszált és érzelemfókuszált megküzdés, kognitív átstrukturálás, felfelé és lefelé irányuló társas összehasonlítás, pozitív érzelmek, értelemkeresés. Ezek mindegyike hozzátesz valamit ahhoz, hogy megérthessük az egyéni különbségek stresszhatásban játszott szerepét. Ha szeretnénk ezeket a módszereket a saját esetünkben is felhasználni, két dolgot ne feledjünk:

1. A krónikus stresszorokkal küzdő embernek gyakorta különböző stratégiák kombinálása jelenti a megoldást.
2. Számos olyan életvezetési döntés létezik, amivel kibővíthetjük a stresszkezelő eszköztárunkat, és további előnyökre tehetünk szert a stressz mérséklésében.

Pozitív életvezetési döntések

Ha mi is olyanok vagyunk, mint a legtöbb ember, akkor bizonyára igyekszünk mindig a legjobban járni: a lehető legtöbbet akarjuk kapni a pénzünkért, az időnkért és az erőfeszítéseinkért. Az ebben a részben megismertetett pozitív életvezetési döntések láttán bizonyára a tenyerünket fogjuk dörzsölni, mert ha megfelelően döntünk, rögtön két téren is kapunk valamit cserébe a befektetésünkért: ezek a döntések egyszerre működnek moderátorként és megküzdési stratégiaként (14.10. ábra). Minél több ilyen döntést hozunk az életünkre vonatkozóan, annál jobb egészségi állapotot kapunk érte cserébe. Kezdjük a többi ember által nyújtotta segítséggel.

Társas támogatás A stressz elleni egyik legjobb ellenszer a **társas támogatás**: a többi ember által nyújtott testi-lelki támogatás nagy segítség az egyénnek a megküzdésben. Kutatások kimutatták, hogy a nagy stresszt megelőző ember – például aki elveszíti a párját vagy a munkáját – kisebb mértékben roppan meg fizikailag és pszichésen is, ha barátok és családtagok jól működő védőhálójába veszi körül (Billings & Moos, 1985). Kisebbségi valószínűséggel teríti le a megfázás, de a depresszió és a szorongás kockázata is alacsonyabb az esetében. Kimutatható egészségügyi előnye van a társas támogatásnak a valamilyen testi betegséggel küzdők esetében (Davison et al., 2000; Kelley et al., 1997): többek között a szívbetegséggel, rákkal, ízületi gyulladásal és cukorbetegséggel diagnosztizáltak állapota gyorsabban javul, ha megfelelő társas védőháló veszi őket körül (Taylor, 2006). Ezzel szemben a kevés közeli kapcsolattal rendelkezők általában fiatalabban halnak meg (Berkman & Syme, 1979; Pilisuk & Parks, 1986), még akkor is, ha az egészségügyi és a szocioökonómiai helyzet élettartamra gyakorolt befolyásoló hatását figyelembe vették.



Ezek a nők egyszerre két dolgot is tesznek az egészségükért: a barátaikkal veszik körül magukat, ami társas-érzelmi támogatást jelent nekik, és nevetnek. A férfiak kevésbé hajlamosak ilyen társas-érzelmi hálót kiépíteni maguk körül.

Figyelemre méltó, hogy a megbízható társas támogató hálózat hiánya ugyanolyan mértékben növeli a betegségből, öngyilkosságból vagy balesetből eredő halálozás kockázatát, mint a dohányzás (House et al., 1988). még akkor is, ha az egészségügyi és a szocioökonómiai helyzet élettartamra gyakorolt befolyásoló hatását figyelembe vették.

A társas támogatás nyújtotta előnyök De mi az az erő, aminek révén a társas támogatás ilyen jótékonyan képes hatni az egészségünkre? A kutatások három konkrét előnyt mutattak ki:

1. Elsőként valószínűleg az *érzelmi támasz* jut mindenki eszébe, ha a társas támogatásra gondol, és valóban ez az egyik nagy előnye. Mérheterlen könnyebbé tehet a nehéz időkben a megbízható barátok és rokonok, akikre számíthatunk.
2. A *konkrét, gyakorlati segítség*, például ha valaki elvisz minket az orvoshoz vagy a kórházba, segít kitakarítani vagy megfőz helyettünk.
3. A felvilágosítás, az *információátadás* segít jobban megérteni a stresszor természetét, illetve megismerni a megküzdéshez szükséges elérhető forrásokat.

Aki például egy súlyos autóbalesetben gerincsérülést szenvedett, profitálhatna abból az információból, hogy valószínűleg nagyjából mikorra épül majd fel, és hogy milyen stratégiákat kövessen a gyógyulásához, de nem lesz elég mobilis ahhoz, hogy maga nézzon utána mindennek a számítógépén. Ebben segíthet neki egy barát. Bár a társas támogatást nyújtó hálót többnyire családtagok és közeli barátok alkotják, egy támogató csoport vagy más közösség is képes ugyanezeket az előnyöket nyújtani.

Ha élettani szempontból nézzük, a társas támogatás csökkenti a küzdő vagy menekülő reakcióval járó fokozott arousal időtartamát és intenzitását. Ezzel az eredményre olyan kísérletekkel jutottak, melyek során a résztvevőket stresszornak tették ki, és megmérték az erre adott reakciójuk alatt a pulzusukat, a vérnyomásukat, és a stresszhormonok szintjét a vérében. Ezt elvégezték úgy is, hogy a résztvevők egyedül voltak, és úgy is, hogy volt mellettük támogató (Christenfeld et al., 1997). Az optimális hatást az eredményezte, ha a résztvevők mellett egy barátjuk vagy szerettük volt ott, de egy idegen, egy videó, még egy háziállat (a kutyák jobban teljesítettek, mint a macskák; Allen et al., 2002) jelenléte is csökkentette az arousalszintet (Thorsteinsson et al., 1998). Ha nem lehet jelen egy érzelmi támaszt nyújtó személy, már az is némi enyhülést jelent, ha valaki egy szeretteire gondol (Broadwell & Light, 1999).

A testi támogatás, például egy ölelés, vagy ha bátorítóan megfogják a kezünket, megsimogatnak, szintén stresszcsökkentő hatású. Számos vizsgálat jutott arra, hogy a stresszornak kitett nőknek alacsonyabb az arousalszintje, ha a partnerük fogja közben a kezüket vagy megöleli őket. Az újabb vizsgálatok férfiaknál is kimutatták ezt a hatást (Coan et al., 2006; Light et al., 2005). A fizikai kontaktus egy bizalmas személlyel mindkét nem tagjainál, de még az állatoknál is megemeli a vérben az oxitocinszintet, ami csökkenti a szorongást és a stresszt. Ezek az eredmények pompásan illenek a légy gondoskodó és támogató modellhez, amit korábban ismertettünk.

Mindkét fél jól jár De vajon milyen hatása van a társas támogatásnak arra, aki a támogató szerepében vesz részt a kontaktusban? A társas támogatásra szoruló emberek néha aggodnak amiatt, hogy felizgatják, stressznek teszik ki szeretteiket, ha segítséget kérnek tőlük. És bár ez egyes esetekben valóban igaz lehet – az Alzheimer-kórosok gondozói például jobban ki vannak téve a depresszióknak és a különféle betegségeknek –, összességében a lelki támaszt adók is profitálnak a támogatásból. Egy házaspárokkal végzett kutatás egy öt éves periódus alatt vizsgálta a támogatás nyújtását és a támogatásban részesülést, és azt találták, hogy akik több támogatást nyújtanak, tovább élnek (Brown et al., 2003). Azt azonban meg kell jegyeznünk, hogy az is fontos, hogy a támaszt nyújtó is kapjon valahonnan támogatást.

Az étkezés szerepe A jó egészség és a hatékony megküzdés megköveteli, hogy az agyat ellássuk a szükséges tápanyagokkal és nutriensekkel (utóbbiak a fehérjék, zsírok és szénhidrátok mellett azok az életfontosságú anyagok – elsősorban vitaminok és ásványi anyagok –, amelyeket ugyancsak a táplálékkal veszünk fel). Szerencsére a kiegyensúlyozott táplálkozás minden szükséges nutriendummal ellát minket ahhoz, hogy kognitív perspektívából felvegyük a harcot egy potenciális stresszorral. Ha például összetett szénhidrátokat fogyasztunk az egyszerű cukrok helyett, azokat kiegyensúlyozottabb ütemben bontja le a szervezetünk, ami segít abban, hogy ne reagáljunk túl a dolgokat. Nagyon sokan ugranak be azonban egy gyorsétterembe vagy esznek meg egy szelet csokit ahelyett, hogy időt szánnának a minőségi étkezésre. Egy 21 európai ország egyetemistái körében végzett felmérés például kiderítette, hogy csupán a résztvevők fele esetében nevezhetők egészségesnek a táplálkozási szokások. Ugyanez a vizsgálat arra is fényt derített, hogy a nők nagyobb arányban étkeztek egészségtudatosan (Wardle et al., 1997).

Az agy gyermekkorban nő és fejlődik a leggyorsabban. Ha ebben az időszakban krónikus nutrienshiány áll fenn, a fejlődés visszamaradhat (Stock & Smythe, 1963; Wurtman, 1982). Az elégtelen táplálkozás hatásai azonban a felnőtteket is sújtják. A telített zsírokban gazdag étrend növeli a szívbetegség és bizonyos típusú rákok kockázatát. A túlzott sóbevitel a magas vérnyomás kockázatát fokozza. A nátriumhiány tompultságot és kimerültséget okozhat. Ugyanakkor a ló túloldalára sem szabad átesni, és korlátlan mennyiségben fogyasztani a vitaminokat és ásványi anyagokat. Bizonyos vitaminokat (különösen az A-vitamint) és ásványi anyagokat (például a vasat) könnyű túladagolni, és akár még a hiányállapotukra jellemzőnél is súlyosabb tünetek előidézői lehetnek.

Mit tehetünk annak érdekében, hogy egészséges mennyiségben lássuk el a szervezetünket nutriensekkel? A 14.6. táblázat jó kiindulási pontot nyújt ehhez.

14.6. TÁBLÁZAT Tíz lépés a jólléthez

1. Mozogjunk rendszeresen.
2. Tartsunk tápanyagokban és nutriensekben gazdag, kiegyensúlyozott étrendet.
3. Tartsuk meg a „versenysúlyunk”.
4. Aludjunk naponta 7-8 órát; mindennap relaxáljunk/pihenjünk.
5. Kössük be a biztonsági övet, biciklizéshez viseljünk sisakot.
6. Ne dohányozzunk, ne fogyasszunk drogokat.
7. Mérsékeltet fogyasszunk csak alkoholt, ha ugyan egyáltalán.
8. Ügyeljünk a biztonságos szexre.
9. Rendszeresen ellenőriztessük a fogainkat, és járjunk kivizsgálásra, szűrésekre.
10. Tanuljunk meg optimistán látni a dolgokat, és vigyázzunk a barátainkra.

Mindenképpen javasoljuk azonban, hogy kerüljük az étkezési hóbortokat, beleértve a fogyasztószereket és a hihetetlenül csodálatos eredménnyel kecsegtető táplálékkiegészítőket. A dietetika mindig is tudomány volt, és még sok mindent nem tudunk a táplálkozás és a testi-lelki egészség összefüggéseiről.

Alvás és meditáció Az alvás számos módon befolyásolja az egészségi állapotunkat és a stresszt. Először is, ott van a jól ismert összefüggés a REM-alvás (lásd II. kötet, 8. fejezet) és a kognitív működés között: ha eredményesen szeretnénk felvenni a küzdelmet a potenciális stresszorokkal, muszáj eleget aludnunk és hosszú REM-szakaszokat biztosítani magunknak, amihez hat óránál többet kell aludnunk naponta. A krónikus alváshiány – amellett, hogy bizonyítottan megnöveli a balesetek kockázatát – a cukor- és a szívbetegséggel is kapcsolatba hozható, ahogyan az immunrendszer alulműködésében is szerepe van.

A nyugati világ által hosszú évekig szkeptikusan kezelt *meditáció* (lásd II. kötet, 8. fejezet) mind nagyobb elismerésre tesz szert, köszönhetően a nagyszámú vizsgálat provokatív új eredményeinek. A „tudatos meditáció” buddhista gyakorlata több mint 2500 éves múltra tekint vissza, és a „tisztánlátás” elérése a célja (Shapiro et al., 2005). A mindfulness alapú stresszcsökkentés a buddhista tradíció modern változata, aminek célja a stresszre adott reakciónk tudatosabbá tétele, a könnyebb megküzdés elősegítése és az egészségesebb reakciók elsajátítása. Ezeket a célokat részben meditáción keresztül éri el, aminek során a meditáló megtanul először a stresszreakcióiban szerepet játszó testi észleléseire és a kognícióira koncentrálni, majd teljes elfogadásuk (ítélkezésmentesen) vagy anélkül, hogy ellen akarna állni nekik) mellett elengedni ezeket. A módszer vizsgálata során kiderült, hogy egy nyolchetes tanfolyam már csökkentette a résztvevőknél a stressz-szintet, a szorongást, a depressziót és a kiegészítő mértékét, emellett javult az immunműködésük (Carlson et al., 2007; Shapiro et al., 2005). Ez a csodálatos eredmény csak egy példa arra, hogy a 21. században az egészségre törekvés egyre jobban támaszkodik a keleti és a nyugati világ együttműködésére.

A testmozgás testre és lélekre ható ereje Ha csak egyetlen dolgot teszünk meg a testi és a mentális egészségi állapotunk javítása érdekében, az a mindennapos testmozgás legyen. Az alábbiakban megtudhatjuk, milyen komoly negatív következményei vannak a testmozgás hiányának. De még ha valaki tudatában is van mindennek, a változtatás szándéka akkor is sokszor elsikkad idővel, és megmaradnak a régi rutinok.

Milyen pszichológiai eszközök állnak a rendelkezésünkre ahhoz, hogy bármely életkorban meglegjünk magunkban az akaratot a jobb egészségi állapot elérésére, és rászokjunk a rendszeres testmozgásra? Mindezen információk miként segíthetnek minket abban, hogy az életünk részévé váljon a rendszeres mozgás?

A mozgásszegény életmód ára Az epidemiológusok a modern krónikus betegségek járványszerű terjedéséről beszélnek: mostanra több mint 90 millió amerikai érintő állapotokról van szó (Booth et al., 2000). E betegségek együttes éves egészségügyi költsége, illetve a miattuk fellépő bevételkiesés megközelíti a *trillió* dollárt (Booth et al., 2000). Érdekes módon e betegségek okai között nem elsősorban olyan dolgokat találunk, amit az emberek megtesznek, és ezzel károsítják az egészségüket, sokkal inkább a nekik hasznos, jótékony dolgok *hiányát*. Az epidemiológusok fent említett csoportja erős korrelációt talált a mind jellemzőbb mozgásszegény életmód és a „modern krónikus betegségek” terjedése között. Konkrétabban, a fizikai inaktivitás legalább 17 komoly, egészséggel kapcsolatos probléma (ezek között vannak a krónikus betegségek kockázati tényezői ugyanúgy, mint maguk a krónikus betegségek) gyakoriságának növekedésével mutat összefüggést. Az egyéni negatív következmények mellett a mozgásszegény életmód az egész országra nézve is komoly következményekkel jár, és nem az USA az egyetlen ilyen

ország. Ha nem mozgunk eleget, az túlsúlyhoz, majd elhízáshoz vezethet: becslések szerint az amerikai férfiak 60, a nők 50 százaléka túlsúlyos, míg a férfiak 20, a nők 25 százaléka már az elhízott kategóriába esik (Cooper et al., 2000).

Az Egyesült Államok évente 190,2 milliárd dollárt költ az elhízással kapcsolatos állapotok orvosi kezelésére. Ez az egészségügyi költségek mintegy 21 százalékát teszi ki (Cawley & Meyerhoefer, 2011). Ha összevetjük ezt az értéket az 1995-ös 51,6 milliárd dollárral, amit a közvetlen orvosi költségek tettek ki (Wolf & Colditz, 1998), láthatjuk, hogy óriási növekedés következett be e téren, és a feltételezések szerint ez az összeg továbbra is csak nőni fog, ahogy az elhízás is egyre csak terjed. A közvetlen orvosi költségeken túlmenően az elhízás megemeli a fogyatékos és a munkanélküliség miatti kiadásokat is, illetve a munkából távolmaradás miatti bevételkiesést. A testtömeg klinikai osztályozása pozitív korrelációt mutat a kiesett munkanapokkal, ami becslések szerint évente 4,3 milliárd dollár veszteséget eredményez (Cawley et al., 2007).

A testmozgás jótékony hatásai A rendszeres testmozgás az egyik legfontosabb tényező a jó egészségi állapot elérésében és fenntartásában (Allen & Morey, 2010; National Prevention Council, é. n.). Komoly bizonyítékok támasztják alá, hogy a mentális egészségre jótékonyan hat a rendszeres testmozgás. A rövid és a hosszú távú, bizonyítottan előnyös hatások között találjuk például, hogy a testmozgás erősíti a csontokat és az izmokat, stabilizálja a vérnyomást (National Prevention Council, é. n.), és megelőzi olyan krónikus betegségek kialakulását, mint a koszorúér-betegség (Cooper et al., 2000), a sztrók, a 2-es típusú cukorbetegség (Boule et al., 2001; Lee, 2003), bizonyos rákbetegségek (Lee, 2003), illetve a korai halálozás. Az Egyesült Államokban évente mintegy 250 000 korai halálozást írnak a fizikai inaktivitás számlájára (Booth et al., 2000).

A rendszeres mozgás segít fenntartani az egészséges testtömeget. Ha ugyanis hízásnak indul az ember, az számos negatív következménnyel jár. A túlsúllyal a szívbetegség, a magas vérnyomás, a 2-es típusú diabétesz, az epekő, a légzésproblémák és a rák kialakulását kockáztatjuk (U.S. Department of Health and Human Services, 2008). Egy 7867 felnőtt bevonásával végzett longitudinális vizsgálat szerint a túlsúlyosság vagy az elhízás és a testi egészségi problémák kialakulása és/vagy súlyosbodása között már alig négy-éves időtáv alatt összefüggés mutatkozik. Ezzel szemben a rendszeres mozgás csökkenti az egészségi hanyatlás kockázatát és a testi betegségek kialakulásának valószínűségét még elhízott személyek esetében is, ami arra utal, hogy a testmozgás képes tompítani az elhízás negatív hatásait (He & Baker, 2004). Ugyancsak csökken a hatására a 2-es típusú cukorbetegség kialakulásának kockázata, és fokozza egyes gyakran használt diabéteszgyógyszerek hatását is (Diabetes Prevention Program Research Group, 2002).

A mozgás a stresszkezelésnek is hatékony eszköze lehet, akárcsak a klinikai depresszió és a szorongás megelőzésének és kezelésének (Carek et al., 2011; Centers for Disease Control and Prevention, 1996; Peluso & Guerra de Andrade, 2005). Kutatások szerint a rendszeres mozgás még az olyan kognitív kórállapotok kialakulásának valószínűségét is csökkenti, mint a demencia és az Alzheimer-kór (Larson et al., 2006). Általánosságban tehát azt mondhatjuk, hogy a mozgás számos különböző módon képes javítani az életminőségen azáltal, hogy jobbá teszi az általános testi egészségi állapotot (Carek et al., 2011; Centers for Disease Control and Prevention, 1996), legyen szó egészséges vagy beteg emberekről.

Egyértelmű hát, hogy a mozgáshiányos életmód testi, érzelmi és gazdasági hatása nemcsak egyéni, de nemzeti szinten érezhető hatását. A rendszeres mozgás egyaránt szerves

része az elsődleges megelőzésnek, illetve számos testi és mentális állapot hosszú távú kezelésének. Kutatások szerint (Booth et al., 2000) a rendszeressé tett testmozgás képes:

- potenciálisan megelőzni a legtöbb krónikus megbetegedést (elsődleges megelőzés);
- nagymértékű pozitív hatást gyakorolni lényegében minden ismert krónikus állapotra már a diagnózis megszületése után is;
- csökkenteni a halálozást, meghosszabbítani az élettartamot és fokozni a vitalitást az idősebbek esetében;
- javítani a mentális állapotot és fokozni a jóllét érzését;
- óriási összegekkel csökkenteni az egészségügyi kiadásokat, ráadásul ennek a töredékét kellene csak testedzést elősegítő programok indítására és fenntartására fordítani.

Miért nem működnek az egészséges életmódra buzdító programok? A rendszeres testmozgásnak óriási pozitív hatása van a testünkre és a lelkünkre egyaránt, de valahogy sokaknak nem sikerül átlendülniük a szándékon, és valóban *elkezdeni* rendszeresen mozogni. Mi lehet ennek az oka?

Bár világszerte számos, mozgásra buzdító kampány indult és indul, a jelentések szerint mégis csak kismértékű változásokat tudnak elérni. A vizsgálatok szerint a túlsúlyosság és az elhízás (Cooper et al., 2000), illetve az ezekkel összefüggésbe hozható állapotok gyakorisága viszont mind csak nő, a felnőttek körében gyorsabban, mint a gyerekeknél (0,8, illetve 0,46–0,49). Ha megmaradnak a jelenlegi trendek, 2030-ra az USA felnőtt lakosságának 86,3 százaléka túlsúlyos vagy elhízott lesz, és ez minden évtizedben az ehhez köthető egészségügyi kiadások megduplázódásával jár (Wang et al., 2012).

Az edzésprogramba fogók vagy azt újra elkezdek mintegy fele 6–12 hónapon belül felhagy a mozgással, függetlenül attól, hogy milyen mozgásformát kezdett el (Dishman, 1988; Robison & Rogers, 1994). Mi lehet az oka annak, hogy ilyen sok embernek nem sikerül életformává tennie a mozgást? Hogyan tehetnénk szert a szükséges akaraterőre?

Hatékonyabb átállás az egészséges életmódra Nagyon fontos annak elsajátítása, hogy képesek legyünk hosszú távon is ragaszkodni a mozgáshoz, ha egyszer elkezdtük (Dishman, 1988). Ehhez kétirányú megközelítés szükséges: bevezetni és fenntartani a rendszeres és megfelelő mozgást a gyerekek, a fiatal felnőttek és az idősebbek életébe, életében. Mit gondolunk, mi lehet ennek az ideális módja?

A múltbéli és a jelenlegi, egészséges életre buzdító kampányok egyaránt erősen támaszkodtak és támaszkodnak a fenyegetésre és a félelemkeltésre azzal, hogy hangsúlyozzák az inaktív életmód negatív következményeit. A bizonyítékok azonban arra mutatnak, hogy ez a stratégia lényegében teljesen hatástalan a lakosság jelentős részénél – úgy tűnik, sokan egyszerűen nem fogékonyak az ilyen típusú negatív üzenetekre (Brengman et al., 2010). A pszichológusoknak együtt kellene működniük a médiaszakértőkkel és az egészségügyi tanácsadókkal abban, hogy újfajta üzenetekkel próbálják elérni az embereket, olyanokkal, melyek hatékonyságát előzetesen különböző populációkon tesztelték.

A kezdők esetében a pozitív énképet és a jövőorientált fókuszot kellene előtérbe helyezni, illetve az ideális személyes lehetőségek elképzelését.

Bárki képes megtanulni, hogyan tegye a rendszeres testmozgást az élete részévé (Myers & Roth, 1997). Az alábbiak mindenképpen nagyon fontosak ehhez:

1. Olyan sportot, mozgást keressünk, amit valóban szívesen csinálunk.
2. Heti több alkalommal szorítsunk időt a napirendünkben a mozgásnak, és ezt jegyezzük is fel a naptárunkba.
3. Kerítsünk edzőpartnert, aki a társas támogatás erejével acélozza meg az elszántságunkat, aki miatt muszáj elmennünk az edzésre, és akivel a sportolás inkább válik társas eseménnyé.
4. Tegyük a mozgást olyan szokássá, mint a fogmosást vagy az e-mailjeink ellenőrzését.



Mi tettekre fogjuk váltani az imént megszerzett információt, hogy hosszabb és egészségesebb életet mondhatunk a magunkénak? Nagyon bízunk benne. A váltásnak dupla előnye lenne: ha az ember jó formában van, a stresszorok kevésbé hatnak rá, ami elkerülhetetlen stressz pedig éri, abból gyorsabban és teljesebben magához tér.

Hallottuk már valaha a „tech-nyak” kifejezést? Míg régebben a nem megfelelő billentyűzetek használata volt inkább problémás és okozott karpális alagút szindrómát, ami akár műtét-hoz is vezethetett, addig napjainkban az okos-telefonok aprócska képernyője okozza a gondot: a folyton lehajtott fej miatt a nyakban a kéz felé futó idegek, izmok és erek károsodást szenvednek. A tech-nyak fej- és hátfájást, illetve a kezek zsibbadását, érzéketlenné válását okozza. A 18 és 39 év közöttiek legnagyobb része három digitális eszközt használ, naponta akár 150 alkalommal is. Megoldást jelenthet a kiropraktőr, a gyógykrémek és a lézeres műtét. Olcsóbb azonban a viselkedésünkön változtatni: a telefont tartjuk az arcunk elé, ne lógjunk folyton a neten, és gyakoroljuk be, hogy időről időre felpillantunk, körbenézünk, szóba elegyedünk az emberekkel.

A boldogság és a szubjektív jóllét elérése

Az egészségesebb életért végrehajtott változások olyan kellemes állapotba hozzák az embert, amit a tudósok csak **szubjektív jóllétnek** neveznek. Ez egy pszichológiai szempontból pontosabb fogalom arra, amit hétköznapiasan csak „boldogságnak” szoktunk nevezni. Mi általában így érezzük magunkat?

A boldogságot nem lehet közvetlenül megfigyelni. A vizsgálatok során a kutatók ezért inkább a válaszadók saját beszámolóira, a tapasztalataik értékelésére támaszkodnak; kérdéseket tesznek fel nekik például arra vonatkozóan, hogy mi teszi őket elégedetté, hogyan értékelnék a jóllétüket, a hangulatukat vagy a sikereiket (Diener, 1984, 2000).



14.12. ÁBRA A jóllét mérésére szolgáló „smiley-skála”

„Melyik arckifejezés fejezi ki a legjobban azt, amit az élete kapcsán érez?” A kutatók gyakran használják ezt az egyszerű skálát, hogy felmérjék az emberek szubjektív jóllétének a szintjét. A százalékokból látható, hogy a legtöbb ember az egyik boldog arcot választja.

Hogy ne keletkezzen félreértés a **jóllét** kifejezés értelmezése körül, a kutatók olyan nem verbális skálákat is használnak, mint amilyen a 14.12. ábrán is látható (Andrews & Withey, 1976).

A boldogság vagy szubjektív jóllét a pszichológia egyre népszerűbb kutatási területe, ami a pozitív pszichológia térnyerésére utal. A gyarapodó vizsgálati eredmények (Myers, 2000; Myers & Diener, 1995) szerint, bár vannak egyéni különbségek, a szubjektív jóllét három központi komponens mentén definiálható:

1. **Elégedettség a jelenlegi élettel.** A nagy fokú szubjektív jólléttel jellemezhető emberek szeretik a munkájukat, és elégedettek az aktuális emberi kapcsolataikkal. Társaságkedvelők, nyitottak a többi ember felé (Pavot et al., 1990). Jó egészségnek örvendenek, és magas az önbecsülésük (Baumeister et al., 2003; Janoff-Bulman, 1989, 1992).
2. **A pozitív érzések túlsúlya.** A nagy fokú szubjektív jólléttel jellemezhető emberek gyakrabban élnek át pozitív érzéseket, érzelmeket, aminek elsősorban az az oka, hogy a világot maguk körül alapvetően pozitív módon ítélik meg. Jellemzően optimista beállítottságúak, és sikerre számítanak (Seligman, 1991). Belső kontroll jellemzi őket, és képesek a flow-ra a munkájuk során (Crohan et al., 1989; Csikszentmihalyi, 1990).
3. **A negatív érzések viszonylagos hiánya.** A szubjektív jólléttel ritkább és kevésbé erőteljes negatív érzelmi periódusok (például szorongás, depresszió vagy harag) járnak együtt. A nagyon boldog emberekre nem jellemzőek az érzelmi szélsőségek. Az idő java részében jó a hangulatuk, de nem euforikusak, negatív hangulat csak esetenként lép fel náluk (Diener & Seligman, 2002).

Mi teszi lehetővé a fenti dimenziók mentén megfigyelhető egészséges reakciókat? Iker-vizsgálatok kimutatták, hogy a jóllét érzése ugyan genetikai hatás alatt áll (Lykken & Tellegen, 1996), de a genetikai háttér nem mindenható: a környezeti hatásoknak is szerepük van. Boldogtalanná tesz minket a társas támogatás hiánya, ha mások által kirúgott célok elérésére presszionálnak bennünket, ha csak ritkán kapunk pozitív visszajelzést a teljesítményünkről. Ennek megfelelően a téma szakértői úgy vélik, a jóllét érzéséhez az szükséges, hogy kielégíthessük az alábbi területeken jelentkező szükségleteinket:

- (a) kompetenciaszükséglet;
- (b) a kötődés vagy a társas kapcsolatok szükséglete;
- (c) az autonómia vagy az önkontroll szükséglete (Baumeister et al., 2003; Ryan & Deci, 2000).

Kik a boldog emberek? Melyek azok a tulajdonságok, melyek összefüggésbe hozhatók a szubjektív jóllét és a boldogság érzésével? Mielőtt továbbolvasnánk, szánjunk egy percet annak végiggondolására, hogy léteznek-e szerintünk olyan embercsoportok, melyeket boldogabbnak tartunk a többinél? Ha igen, melyek ezek? Myers és Diener (1995) a szubjektív jóllétre vonatkozó bizonyítékok áttekintését követően az alábbiakra jutottak:

- **A fiatalabb (vagy idősebb, vagy középkorú) emberek nem boldogabbak, mint a többi korcsoport.** A szubjektív jóllét mértéke nem jósolható meg az életkor alapján. Bár a boldogság okai változhatnak az életkorral (Inglehart, 1990), adott egyén szubjektív jólléte viszonylag stabilan állandó marad egy élethosszon át.
- **A boldogságban nincsenek nemi különbségek.** A nők ugyan hajlamosabbak a depresszióra és a szorongásra, a férfiak pedig az alkoholizmusra és egyes személyiségzavarokra, de a két nem képviselői nagyjából azonos arányban számolnak be arról, hogy alapvetően elégedettek az életükkel (Fujita et al., 1991; Inglehart, 1990).
- **A boldogság terén minimális rasszbéli különbségek mutathatók ki.** Az afroamerikaiak és az euroamerikaiak nagyjából azonos szintű boldogságról számolnak be, bár az afroamerikaiak picivel kevésbé hajlamosak a depresszióra (Diener et al., 1993). A rasszizmus és a diszkrimináció ellenére a hátrányos helyzetű kisebbségek tagjai általában optimistán gondolkodnak – önmaguk és a helyzetük értékelésekor a hozzájuk hasonlókkal mérik össze magukat, és a problémákat inkább tulajdonítják az igazságtalan körülményeknek, mint önmaguknak (Crocker & Major, 1989).
- **A pénz nem boldogít.** Az igaz, hogy a nagyobb gazdagságban élő társadalmak nagyobb jóllétről számolnak be. A szélsőségesen szegény országokat, például Banglades lakóit leszámítva azonban, ha az embereknek van mit enniük, van hol lakniuk, és viszonylagos biztonságban élnek, a boldogságuk nem korrelál a jövedelmükkel. A szegénység sok nyomorúság forrása lehet, de önmagában a gazdagság nem garancia a boldogságra (Diener & Diener, 1996; Diener et al., 1993). A legboldogabb emberek nem azok, akik megszerzik, amit akarnak, hanem azok, akik arra vágnak, amijük van (Myers & Diener, 1995).
- **Akiknek az életében jelen van a spiritualitás, azok inkább érzik magukat boldognak (Myers & Diener, 1995).** E mögött sok tényező állhat, mint az egészségesebb életmód, a társas támogatás és az optimista gondolkodás. Bármilyen legyen is az oka, a spiritualitást elfogadó emberek átlagosan jobb mentális és testi egészségnek örvendenek (Seybold & Hill, 2001).

A fenti eredmények azt mutatják, hogy az életkörülmények – az életkor, a nem, a nemzetiség vagy a jövedelem – nem jósolják be a boldogságot. A szubjektív jóllét kulcsfontosságú tényezőit láthatóan a személyiségjellemzők és a pszichés folyamatok között kell keresnünk, melyek közül többet is érintettünk ebben a fejezetben vagy a sorozat más fejezeteiben. Lenyűgöző, hogy az emberek milyen jól tudnak alkalmazkodni életük nagy változásaihoz, megőrizve a boldogságukat. Például a gerincsérülés miatt lebénulók a balesetet követően nagyon rossz hangulatban vannak, de már néhány hét után akár nagyobb pszichés jóllétről számolnak be, mint ahogyan a balesetet megelőzően érezték magukat (Silver, 1983).

A pszichológus Sonja Lyubomirsky (2007) szerint, aki sokéves tudományos kutatásának eredményeit foglalta össze *Hogyan legyünk boldogok? (How of Happiness)* című könyvében, van rá mód, hogy tartós boldogságot teremtsünk az életünkben. Ehhez egyfajta társas-érzelmi fitnesztréninget kell folytatnunk, aminek során megtanuljuk, hogy a pozitív érzelmekre figyeljünk, életteli társasági hálót kreáljunk magunk köré, célokat tűzzünk ki, köteleződjünk el, és tartsuk is meg ezeket az elköteleződéseket, éljünk aktívan és egészségesen, figyeljünk másokra és arra, hogy a többi ember különlegesnek érezhesse magát mellettünk. Ma már boldogság-app is létezik, ami mindennap szórakoztató és egészséges testgyakorlatokat és feladatokat ad nekünk.

Összefoglalva, a boldogságot és a jóllétet kutató vizsgálatok szerint az emberek elképesztően reziliensek. A súlyos stresszt megelőző általában sikeresen alkalmazkodnak, jellemzően visszatér a hangulatuk és a jóllétük szintje a traumás eseményt megelőzően jellemző szintre – akár meg is haladhatja azt (Headey & Wearing, 1992). A hatékony megküzdési stratégiák alkalmazása és az okos életvezetési döntések egyaránt növelik a pozitív kimenetelek valószínűségét. Ezek az utolsó komponensei a stressznek az egészségre gyakorolt hatásában megmutatkozó egyéni különbségek megértésére irányuló kutatásunknak.

[PSZICHOÜGYEK]

Magatartás-tudományi orvoslás és egészségpszichológia

Mondunk egy döbbenetes adatot: a betegek 93 százaléka nem követi az orvosa utasításait (Taylor, 1990). Egyértelmű, hogy ennek rettenetes következményei lehetnek. Annak szükségessége hívta életre a magatartás-tudományi orvoslást és az egészségpszichológiát, hogy megértsük, az emberek miért nem veszik be a gyógyszereiket, miért nem mozognak rendszeresen, miért esznek túl sokat, és miért küzdenek meg rosszul a stresszel.

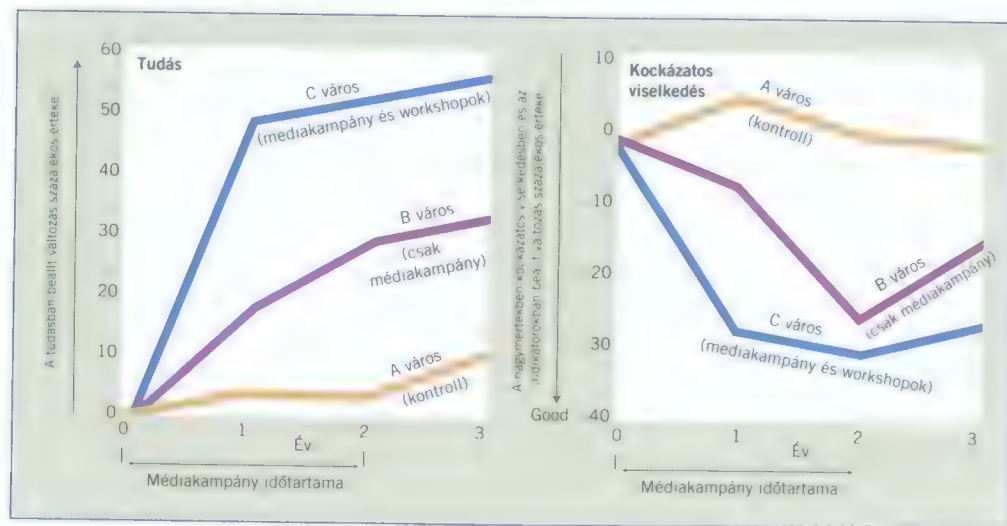
1. A magatartás-tudományi orvoslás az orvostudomány azon ága, ami az életmód és a betegségek közötti kapcsolattal foglalkozik.
2. Az egészségpszichológia az összehasonlító pszichológia egyik ága.

E két szakterület művelői az egészséget és a betegségeket befolyásoló pszichoszociális tényezőkre kíváncsiak (Taylor, 1990, 2009). Vizsgálódásuknak számos tárgya van, például az egészségtudatosság terjesztése és az egészség fenntartása; betegségmegelőzés és

betegségek kezelése, okok és korrelációk az egészség, a betegségek és a diszfunkciók terén; az egészségügyi ellátórendszer jobbá tétele és az egészségpolitika (Matarazzo, 1980).

Mind a magatartás-tudományi orvoslás, mind pedig az egészségpszichológia aktívan részt vesz az olyan traumák és betegségek megelőzésében és kezelésében, melyek eredetében a stresszes vagy veszélyes környezet, valamint a táplálkozással, testmozgással, illetve droghasználattal kapcsolatos helytelen viselkedés áll. Ugyancsak mindkét tudományterületre jellemző, hogy világszerte egyre jobban tért hódítanak (Holtzman, 1992). A két terület átfedéseket mutat, a kettő közti különbségek hangsúlyossági kérdésekként foghatók fel. A pszichológusok a magatartás-tudományi orvoslást az érzelmek és a kognitív folyamatok hangsúlyozásával bővítették és tették inkább interdiszciplináris, mintsem orvosi tudományterületté (Miller, 1983; Rodin & Salovey, 1989). Mindkét terület hangsúlyozza a test és a tudat kölcsönhatását, a betegségek megelőzését, illetve az egészségtelen életmód megváltoztatását akár a betegség fellépését követően is (Taylor, 1990, 2006).

Csak hogy, ahogy mondani szokták, a megrögzött, régi szokásoktól nehéz megszabadulni. Hogy a pácienseket segíthessék az egészségükre káros régi szokásaikkal való felhagyás nehéz küzdelmében, szociálpszichológusok felkutaták a leginkább hatékonyaknak számító konkrét meggyőző stratégiákat (Zimbardo & Leippe, 1991). Megállapították például, hogy nagyobb valószínűséggel vagyunk hajlandóak megfelelni egy elvárásnak, ha úgy érezzük, szabadon választhatunk a lehetőségek között. Éppen ezért nem érdemes szigorú utasításokat adni a pácienseknek, hogy mit és hogyan kell betartania a kezelés során, érdemesebb több választási lehetőséget is felkínálni, és megkérni a páciens, hogy döntsön ezek egyike mellett. A vizsgálatok arra is rámutattak, hogy a betegek akkor tartják be a legnagyobb valószínűséggel az orvos utasításait, ha aktív



Összességében a pszichológia számos olyan, szilárd tudományos bizonyítékokon alapuló stratégiát kínál, amelyeket felhasználhatunk a testi-lelki egészségünk javítására irányuló erőfeszítéseinkhez. Ezek közül sokat felhasználhatunk a jóllét minél magasabb fokának eléréséhez.

14.13. ÁBRA Az egészségesebb életmódhoz vezető változásokért folyó kampányra adott reakciók

társas támogatásban részesülnek a családtagjaik és a barátaik részéről (Gottlieb, 1987; Patterson, 1985). Egy, a szívbetegség megelőzése kapcsán végzett nagy vizsgálat arra derített fényt (14.13. ábra), hogy a konkrét képességeket, tudást oktató tréningek, például az olyan workshopok, ahol a résztvevőket arra tanítják, hogyan változtathatnak jó irányba az egészségükre kiható szokásaikon, eredményezték a legnagyobb mértékű változásokat (Maccoby et al., 1977).

Összességében, a pszichológia tudománya számos, szilárd tudományos bizonyítékkal alátámasztott eredményhez és stratégiához járult hozzá, melyek bevezethetők a testi és a mentális egészségi állapotunk jobbá tételéhez. Magunktól is alkalmazhatjuk ezek többségét, ha szeretnénk a lehető legjobbat tenni az egészségi állapotunkat, és elérni a legmagasabb fokú jóllét érzését. Mindenkinél sok sikert kívánunk az ehhez vezető út során!

KRITIKUS GONDOLKODÁS ÉLESBEN

A változás tényleg veszélyes az egészségre?

Minél többet hallunk a stressz és a betegségek közötti összefüggésről, annál inkább elgondolkodunk rajta, vajon a mi stresszszintünk kockázatot jelent-e az egészségünkre. Ebben a fejezetben a stressz és a betegségek kialakulása közötti kapcsolatot befolyásoló tényezők sorát vettük végig. Legalább egy kérdés azonban megválaszolatlan maradt: az élet során bekövetkező nagy hatású életesemények vagy változások mennyire befolyásolják a betegségekkel szembeni fogékonyságunkat?

Emlékszünk még a fejezet elején megismert Holmes–Rahe-féle életesemény-skálára (Social Readjustment Rating Scale; SRRS)? Ha magas pontszámot értünk el a skálán, az vajon azt jelenti, hogy nagyobb kockázatunk van a megbetegedésre?

Melyek a kritikus kérdések? Először is, az SRRS 43 olyan életeseményt sorol fel, melyekről úgy véljük, stresszesek lehetnek. Tekintve mindazt, amit a kognitív felfogás szerepének fontosságáról tanultunk a tekintetben, hogy mennyire élünk meg stresszként egy adott helyzetet, történet, érdemes közelebbről is megvizsgálni

a listában felsorolt helyzeteket, hogy eldönthessük, vajon tényleg mindegyik stresszhez vezetne-e a mi esetünkben.

A következtetés során sikerült elkerülni a gyakori tévedések csapdáját? Az SRRS állítólag képes megjósolni a megbetegedés kockázatát az életünkben történtek alapján. Más szóval, egy olyan ok-okozat feltételezést fogalmaz meg, mely szerint az elmúlt egy évben jellemző életesemény-értékek (lifechange units; LCUs) száma a megbetegedés adott mértékű kockázatát vonja maga után. A kérdés az, hogy az LCU-betegség kapcsolat között valóban ok-okozati, vagy csupán korrelációs összefüggés áll fenn?

A szokatlan állítások szokatlan bizonyítékokat igényelnek Ha úgy véljük, hogy meglehetősen furcsa az az állítás, miszerint egy gyors és egyszerű, önbevalláson alapuló vizsgálattal meg tudjuk határozni a megbetegedés kockázatát, igazunk lehet. Mostanra már jól tudjuk, hogy a pszichológiai kérdésekre nemigen létezik egyszerű válasz, hiszen az ember bonyolult lény, és

bonyolultak a gondolatai, az érzései és a viselkedése is. Mindenesetre legalábbis elgondolkodhatunk rajta, hogy az SRRS nem egyszerűsíti-e le túlzottan az életesemények és a betegségek közötti kapcsolatot.

Az adott témát többféle nézőpontból is meg kell vizsgálni? Végül pedig fel kell ismer-nünk, hogy a stressz és a betegségek közötti kapcsolatban számos egyéb tényező – ezek egy részéről mi is szót ejtettünk a fejezet során – is részt vesz, és fel kell ten-nünk azt a kérdést is, milyen egyéb perspektívák segíthetnek a stressz és a betegségek közötti kapcsolatot megmagyarázni.

Milyen következtetéseket vonhatunk le mindebből? A publikálását követő 15 évben az SRRS-t világszerte több mint ezer vizsgálat során alkalmazták (Holmes, 1979), és a kutatások következetesen korrelációt találtak a teszten elért pontszámok és a testi és viselkedési tünetek között. A magasabb pontszámot elérőknél nagyobb volt a kockázat szívinfarktusra, csonttörésre, cukorbetegsége, szklerózis multiplexre, tuberkulózisra, terhességi és szüléssel kapcsolatos komplikációkra, csökkent a tanulmányi teljesítményük, gyakrabban hiányoztak a munkahelyükről, és több egyéb nehézségük volt az életben (Holmes & Masuda, 1974). A magas SRRS-érték a börtönlakók körében azzal is összefüggést mutatott, hogy az illetőnek hány év volt még hátra a büntetéséből. A teszt kultúrától függetlenül is működőképesnek bizonyult, mind a férfiak, mind pedig a nők hasonló pontszámokat értek el (Holmes & Masuda, 1974), és az eredmények ugyanúgy validnak bizonyultak Japánban és Latin-Amerikában, Európában és Malajziában.

Azonban az elmúlt egy évben összegyűlt LCU-k száma csupán mérsékelt előrejelzője az egyén egészségi változásainak (Johnson & Sarason, 1979; Rahe & Arthur, 1978). Számos egyéb tényező – például a kognitív felfogás, a stresszre ható moderátorok vagy

a megküzdési stratégiák – képes beavatkozni a stressz és a betegség viszonyába.

Ezenkívül félrevezető az az állítás, hogy a stresszes események betegséget okoznak (Dohrenwend & ShROUT, 1985; Rabkin & Struening, 1976). A korrelációs adatok mindössze annyit mutatnak, hogy bizonyos életesemények és az egészségi állapot között kapcsolat van; a kutatásoknak azt azonban nem sikerült kimutatniuk, hogy az életben beálló változások lennének a betegségek okai. Ennek a fordítottja is igaz lehet: a betegségek is lehetnek stressz okozói – aki például rendszeresen megbetegszik, annak nagyobb valószínűséggel lesznek problémái a munkahelyén, az iskolában és a kapcsolatai terén is. Ne feledkezzünk meg arról a lehetőségről sem, hogy talán egy harmadik változóra vezethető vissza a stressz és a betegségek között fennálló korreláció: számos olyan, a fejezet során is tanulmányozott tényező lehet – például a pénzügyi helyzet vagy az A típusú személyiség –, ami szintén hatással lehet mind az életesemény-változások gyakoriságának, mind pedig a megbetegedések kockázatának alakulására. A többféle nézőpont kulcsfontosságú a stressz-betegség kapcsolat alapos és pontos megismeréséhez. Nézzük, mit tudunk a stresszről és az egészségről a legfontosabb, általunk is ismert perspektívákból:

- **A biológiai perspektíva** szerint a biológiai meghatározottságunk egyértelműen szerepet játszik abban, hogy az egyén mennyire sérülékeny a stresszel kapcsolatos megbetegedések szempontjából. Láthattuk, hogy genetikai örökségünk hajlamossá tehet minket bizonyos betegségekre, például a szívbetegségekre, a cukorbetegségekre, az elhízásra és a rák számos formájára. Ugyanakkor a genetikánk valószínűleg abban is szerepet játszik, hogy egyesek inkább optimisták, szívósabbak, vagy reziliensebbek másoknál, míg

az emberek másik csoportját inkább a barátságtalanság vagy más negatív érzések túlsúlya jellemzi.

- **A behaviorista perspektíva** a stressz és betegség kapcsolatában az egészségi állapotunkra ható, gyermekkorunk óta tanult szokásokat hangsúlyozza, a tanult tehetetlenség szerepét, a szüleinktől és a körülöttünk élőkől látott megküzdési stratégiákat. A szociokulturális kontextus szintén olyan társas normákkal vesz minket körül, melyek hatással vannak ezekre a tanult szokásainkra és stratégiáinkra. Napjainkban például a nyugati világ kultúráiban élők ellentmondásos üzeneteket kapnak az egészséggel kapcsolatban. Egyfelől sokat hallunk az egészséges táplálkozás és a rendszeres testmozgás fontosságáról, másfelől viszont felgyorsult világunk – megtá-mogatva a gyorsételek reklámjaival – a felé terelget minket, hogy rendes ebéd helyett kapjunk be egy hamburgert sült krumplival, aztán este tévét nézve ücsörögjünk a kanapén, ahelyett, hogy főznénk egy egészséges vacsorát.
- **A kognitív szemléletmód** segít megérteni, hogy egy adott kultúrában miért térnek el az egyéni szokások és perspektívák. Egy belső kontrollos személy például nagyobb valószínűséggel figyel oda az étkezésére és arra, hogy eleget mozogjon az egészsége érdekében. Ugyanígy, egy optimista ember vagy egy nagy fokú szívósággal jellemezhető személy bizonyára inkább tekint lehetőségekként, mintsem fenyegetésként bizonyos életeseményekre (Lazarus et al., 1985).
- **A fejlődési perspektíva** a stressz és a betegség más aspektusaira világít rá. Az egyetemisták például, akik jellemzően fiatal felnőtt korúak, életük

fordulópontján vannak, és jellemzően magas értéket érnek el a skálán, az azonban nem világos, hogy nagyobb-e a kockázatuk a megbetegedésre. A fiatalság ugyanis jelenthet védelmet. Ahogyan a testünk öregszik, és a sejtjeink már kevésbé hatékonyan képesek regenerálódni, jobban ki vagyunk téve a betegségeknek, mint fiatalon. Az is lehetséges azonban, hogy azok az idősebbek, akik ügyesen vették az önmegvalósítás és az *énintegritás* (lásd I. kötet, 4. fejezet) kihívásait, ezzel egyben ellensúlyozzák a testi sérülékenységüket is, mert a stresszre ható moderátorok és megküzdési stratégiák alkalmasabb rendszerére tesznek szert. Számos kutatás szükséges még azonban a fejlődés- és az egészségpszichológia közös metszetének területén.

- **A holisztikus személyiségfelfogás perspektívája** számos olyan egyéni kvalitásra kínál magyarázatot, melyek hatással vannak az egyén stresszel szembeni fogékonyságára. A kontrollhely, az optimizmus, a szívósság, a reziliencia és az A típusú személyiségre jellemző viselkedés mind a személyiségpszichológiai vizsgálatokból ered, és ma már tudjuk, hogyan képesek ezek a tényezők moderálni a stresszorra adott válaszainkat. Az olyan személyiségvonások, mint a tapasztalatokra való nyitottság és a lelkiismeretesség, valószínűleg szintén képesek valamilyen mértékben befolyásolni azt, hogy az egyén mennyire hajlandó új megküzdési stratégiákat vagy életvezetési szokásokat kipróbálni, ahogyan annak valószínűségére is hatással vannak, hogy mennyire kitartó az új szokások és viselkedések megtartása terén.

Egyértelmű tehát, hogy a stressz és a megbetegedések között sokkal több rétű kapcsolat áll fenn annál, mint hogy a kapcsolat

alakulását konkrét életesemények hatására lehetne leszűkíteni. A teszten elért magas pontszám nem jelenti azt, hogy egész biztosan lesújt ránk valamilyen betegség, és az alacsony pontszám láttán sem dőlhetünk nyugodtan hátra, hogy most aztán minden betegségtől védve vagyunk. Genetikai hátterük, általános testi állapotuk, a személyiségük és a kilátásaik, az életmódjuk és a megküzdési képességük eltérései miatt az emberek között nagy különbségek vannak a tekintetben, hogy mennyire képesek megbirkózni a változásokkal. Az SRRS ezek közül egyik tényezőt sem veszi figyelembe, mégis, napjainkig ez a legszélesebb körben

használt eszköz a stresszel kapcsolatos betegségek kockázatának felmérésére.

Akkor tehát érdemes-e foglalkozni azzal, milyen értéket kaptunk az SRRS teszten? Mi azt javasoljuk, tekintsük ezt egyfajta információforrásnak arra vonatkozóan, mennyire lehetünk sérülékenyek a stresszel szemben – bízunk benne, hogy körültekintően és józanul fogjuk értékelni a kapott pontszámot. Azt is reméljük, senki sem feledkezik meg arról, hogy a sokféle módszer és eszköz segítségével, melyekre eddig szert tettünk, hatékonyan fel tudjuk venni a küzdelmet a potenciális stresszorokkal, ami végső soron hosszabb és egészségesebb élethez vezet.

FOGLALJUK ÖSSZE!

PROBLÉMA: A 9/11-es eseményekben részt vevő tűzoltók és mások reakciói és tapasztalatai tipikusnak mondhatók stresszes helyzetekben? Mivel magyarázhatjuk, hogy az emberek stresszre adott testi és lelki reakciói nem egyformák?

- A WTC katasztrófáját túlélő tűzoltók igen sokféle testi, viselkedésbeli, kognitív és érzelmi stresszreakcióval reagáltak az őket ért traumára. A testi sérülések és a konkrét eseménnyel kapcsolatos emlékeik mellett a reakcióik megegyeztek az emberek stresszes helyzetekre adott tipikus reakcióival.
- A kutatók megállapították, hogy a stresszor természetétől függetlenül fellépő hasonló tünetek mellett a stresszreakciók különböznek attól függően, hogy személyes veszteség,

megaláztatás vagy visszautasítás, katasztrófa vagy egyéb tényezők-e a stresszorok.

- A kiváltó októl függetlenül a stresszt sokféle pszichológiai perspektíva (biológiai, behaviorista, fejlődési, szociokulturális, kognitív és holisztikus) alapján kell vizsgálnunk.
- Egyéni különbségek is vannak a stresszreakciókban. Ezek függnek a stressz intenzitásától és időtartamától, a kulturális háttértől, a megküzdési stratégiáktól, a társas támogatás mértékétől, a stresszmoderátoroktól, és az életünkben jelen lévő egyéb stresszoroktól. Shelly Taylor szerint a férfiak és a nők eltérően reagálnak a stresszre.

14.1. Mi okoz distresszt?

14.1. Központi fogalom

A traumatikus események, krónikus életviteli állapotok, a nagy változások, de még a kisebb problémák is kiválthatnak stresszreakciót.

Stresszornak nevezzük azt a külső eseményt, ami pszichés és érzelmi stresszválaszt (**distresszt**), illetve biológiai és élettani reakciókat vált ki. Bár a kognitív felfogás nagyban befolyásolja az egyéni stresszreakciót, számos olyan nagy eseménycsoport létezik, ami jellemzően stresszt okoz.

A **traumás stresszorok** közé tartoznak a természeti katasztrófák, a terrorcselekmények, a váratlan halálesetek vagy egy előre nem látott szakítás. Ezek mind olyan helyzetek, melyekre alig vagy semmilyen előjel nem utal, és szinte minden esetben szélsőséges mértékű stressz jelentkezik közvetlenül az eseményt követően. Kutatások szerint a természeti katasztrófák túlélőinek körülbelül 20 százalékánál egy év elteltével is fennáll a distressz, míg a terroristamadások elszenvedőinek 75 százaléka egy év után is félelmet élt meg. A történetek állandó ismétlése a médiában azokban is képes stresszt okozni, akik nem voltak közvetlen elszenvedői az eseményeknek. Ez a jelenség a **másodlagos traumatizálódás**. A **gyász** a személyes veszteségre adott normális, egészséges reakció. A megaláztatással társuló **szociális visszautasítás** megnöveli a depresszió kockázatát.

A **poszttraumás stressz szindróma (PTSD)** azoknál alakulhat ki, akik súlyosan traumatizáló eseményen mentek keresztül, például fegyveres harcban vettek részt, megerőszakolták őket, vagy más erőszakos támadás áldozatai voltak. A PTSD-nek lehetnek kognitív, viselkedési és érzelmi tünetei egyaránt, az érintettek többek között koncentrációs nehézségekkel, az életben maradásuk miatt érzett büntudattal küdenek, illetve mindenre veszélyként reagálnak. Az amerikaiak mintegy 8 százaléka

tapasztalja meg a PTSD-t az élete során valamikor, a tünetek az esetek több mint harmadában tíz évnél is tovább fennállnak. A háborús részvétel különösen nagy kockázatot jelent a PTSD-re, ezért a klinikai pszichológusok folyamatosan dolgoznak azon, hogy olyan módszereket fejlesszenek ki, melyek révén a háborús veteránokat és családtagjaikat jobban fel tudják készíteni, mi vár rájuk, illetve hatékonyabban meg tudnak küzdeni a PTSD-vel.

A **krónikus stresszorok** fokozatosan fejti ki a hatásukat, és az általuk kiváltott stressz tartósabb, mint a traumás események után. A **szociális stresszorok**, mint a szegénység vagy a munkanélküliség, a munkahelyi, iskolai nehézségek például krónikus stresszorok, de jó példa a **kiégés** is. Ezt az érzelmi-fizikai kimerülés és a kognitív megfáradás jellemezte állapotot a folyamatos és nagy fokú munkahelyi, otthoni vagy kapcsolati megterhelés hívja életre. A **másodlagos traumás stressz** olyan hivatások (orvosok, pszichológusok, szociális munkások stb.) gyakorló körében jellemző, akik idejük nagy részében másokon próbálnak segíteni. Az ezen a téren folyó kutatások egy legalább ötlépcsős folyamatot ajánlanak e hivatások képviselőinek, amivel csökkenthetik a másodlagos traumás stressz kialakulásának kockázatát.

A nagy jelentőségű életesemények – legyenek pozitívak vagy negatívak – szintén stressz forrásai lehetnek, mivel változásokat generálnak a mindennapjaink menetében, és új helyzetekhez és környezethez kell alkalmazkodnunk miattuk. Végül pedig, a mindennapos bosszúságok, mint a számítógép lefagyása vagy egy szüntelenül ugató kutya, összeadódva szintén stresszhez vezethetnek.

célzott visszautasítás (134. o.)

distressz (127. o.)

el nem ismert gyász (133. o.)

gyász (132. o.)

integrálás (132. o.)

katasztrófális esemény (128. o.)
kiegész (140. o.)
kognitív kiértékelés (127. o.)
krónikus stresszor (137. o.)
másodlagos trauma (130. o.)
másodlagos traumás stressz (142. o.)

poszttraumás stressz szindróma (PTSD)
(135. o.)
stressz (127. o.)
stresszor (127. o.)
szociális stresszor (137. o.)
traumás stresszor (128. o.)

14.2. Hogyan hat ránk a stressz fizikailag?

14.2. Központi fogalom

A fizikai stresszreakció az arousalszint megemelkedésével kezdődik, ami egy sor olyan testi-élettani reakciót idéz elő, melyek rövid távon adaptívak, hosszú távon viszont károsak lehetnek.

Amikor **akut stresszorral** szembesülünk, a testünk elképesztő erőket mozgósít, hogy hatékonyan meg tudjunk küzdeni a kihívással. A küzdj vagy menekülj reakciót a vegetatív idegrendszer váltja ki, és azonnali változások (felgyorsult szívverés, szaporább légzés, megnövekedett vérnyomás, kitágult pupillák) jellemzik. A stresszválaszunk alaposabb magyarázatát kínálja Selye János **általános adaptációs szindrómája**, aminek első szakasza a **vészreakció** fázisa, a második az **aktív ellenállás**, a harmadik pedig a **kimerülés**, amennyiben a stresszor állandósul. Ilyen körülmények között kimerülnek azok a források, melyek segítenek hatékonyan megküzdeni az akut stresszorral, s ez testi és érzelmi tünetekkel jár, és fogékonyabbá válunk a betegségekre. A pszichológus Shelley Taylor figyelt fel arra, hogy míg a küzdj vagy menekülj reakció állat- és emberkísérletekkel egyaránt jól dokumentált, létezik egy alternatív reakció is a stresszre. Az **ő gondoskodás és támogatás elmélete** szerint a társas támogatás keresése hatékony reakció lehet a stresszre, ha az utód életben maradása vagy védelme a kérdés. Ezek a modellek nem érvénytelenítik, sokkal inkább

kiegészítik egymást, és segítenek megérteni az összetett emberi stresszreakciót.

A **pszichoneuroimmunológia** tudománya azt igyekszik felderíteni a test és a tudat kölcsönös kapcsolatának vizsgálata révén, hogyan okozhat a stressz betegségeket. Az ezen a területen folyó kutatások fényt derítettek arra, hogy a központi idegrendszer és az immunrendszer folyamatosan kommunikál egymással a stresszválasz során. A **citokinek** a fertőzések ellen harcoló fehérjék, de elhúzódó stressz esetén szerepük van a közömbösség és a depresszió kialakulásában is. Az egyik mód, ahogyan a stressz a testi egészségünkre hat, a sejtöregedés folyamatának felgyorsítása, amit a **telomerek** hosszának mérése alapján állapítottak meg. A rövidebb telomerek számos betegség kialakulásával, illetve a korai halálozással is összefüggésben vannak. A telomerek megrövidülése tapasztalható például súlyos beteg gyermeket vagy más családtagot ápolók esetében is. A jó hír, hogy a pozitív kognitív felfogás jó irányba befolyásolja a sejtöregedést, így fontos szerepet játszik a stressz-betegség kapcsolat alakításában.

akut stressz (150. o.)
vészreakció fázisa (151. o.)
citokinek (156. o.)
kimerülés fázisa (153. o.)
küzdj vagy menekülj reakció (149. o.)
általános adaptációs szindróma (151. o.)
gondoskodás és támogatás elmélete (154. o.)
pszichoneuroimmunológia (155. o.)
aktív ellenállás fázisa (152. o.)
telomerek (156. o.)

14.3. Kik a legsérülékenyebbek a stresszel szemben?

14.3. Központi fogalom

Az egyéni tulajdonságaink befolyásolják a stresszorokra adott reakcióinkat, ennek következtében pedig arra is hatással vannak, hogy a potenciális stresszorokra milyen mértékű distresszel reagálunk.

A **stresszmoderátorok** enyhítik a stresszorok hatásait, így enyhébbnek érezzük a stresszt. A legtöbbjük a kognitív felfogásunk módosításán keresztül hat, bár ez gyakorta nem tudatos folyamat. Az ellenséges érzelmű emberek nagyobb valószínűséggel élnek meg stresszt egy stresszes helyzetben, ennek következményeként kétszer akkora az esélyük a szívbetegségekre. Szerencsére a stresszkezelő tréningek hatékonyan bizonyultak az ilyen emberek stresszreakcióinak enyhítésében, ami jótékony hatással van az egészségükre is.

A **kontrollhely** olyan másodlagos személyiségvonás, ami szintén hatással van a stresszor és a stressz kapcsolatára. A belső kontrollal rendelkezők ellenállóbbak a stresszel szemben, mint a külső kontrollal rendelkezők, valószínűleg azért, mert ők úgy érzik, megvan bennük a képesség arra, hogy megszüntessék a stresszort. A kontrollhely a kutatások szerint nemcsak a stresszre, de az egészségi állapotra és az élettartamra is hatással van. A kontrollhely típusa valamilyen mértékben genetikailag meghatározott lehet, de a tapasztalatok is alakítanak rajta, mint azt a **tanult tehetetlenséggel** kapcsolatos kutatások is bizonyították. Kulturális szempontból tekintve a kontrollt megkülönböztetünk **elsődleges kontrollt** és

másodlagos kontrollt. Előbbi esetben az egyén magát az eseményt, míg az elsősorban a keleti kultúrákban jellemző **másodlagos kontroll** során nem magát az eseményt, hanem az erre adott reakcióit igyekszik kontrollálni. A kutatások szerint mindkét típusú kontroll hatékony lehet az azt elfogadó és alkalmazó kultúrában.

A **szívósság** három pillére a belső kontrollérzet, a változás inkább kihívásként, mintsem fenyegetésként való felfogása, illetve a tevékeny élet iránti elköteleződés, nem pedig az elidegenedés vagy a visszahúzódás. A szívósság nagyobb ellenálló képességgel ruház fel a stresszel szemben. Az **optimizmus** hasonlóképpen tompítja a stresszorok hatását, mert az optimisták képesek inkább a jót meglátni a helyzetben, mint a rosszat. Az optimista a negatív helyzeteket egyedinek tartja, okaként a helyzetet jelöli meg, és átmenetinek tekinti. Úgy tűnik, a szívósság, az optimizmus, illetve a kontrollhely is rendelkezik valamilyen mértékű biológiai meghatározottsággal, de jól megtervezett tréningekkel mindhárom fejleszthető. A **reziliencia** az a képesség, hogy rugalmasan adaptálódjunk a kihívást jelentő körülményekhez. A megléte összefüggésbe hozható a szívóssággal, az optimizmussal, illetve a társas és a kognitív készségekkel és az olyan források elérhetőségével, mint a gondoskodó szülő és a társas támogatás.

elsődleges kontroll (164. o.)
másodlagos kontroll (164. o.)
moderátorok (160. o.)
optimizmus (166. o.)
reziliencia (168. o.)
szívósság (165. o.)

14.4. Hogyan alakíthatjuk át a negatív stresszt pozitív életstratégiákká?

14.4. Központi fogalom

A hatékony megküzdési stratégiák csökkentik a stressz egészségre gyakorolt negatív hatásait, míg a pozitív életvezetési döntések javíthatnak a testi-lelki egészségi állapoton, illetve az általános jóllét érzésén.

A megküzdés alatt olyan cselekvést értünk, ami a stressz kiváltó okát csökkenti vagy szünteti meg, nem pedig csak a stressz tüneteire irányul. A **problémafókuszált megküzdés** a konkrét probléma vagy stresszor megszüntetésére irányuló cselekvéseket takar, míg az **érzelemfókuszált megküzdés** során a stresszre adott érzelmi reakcióinkat igyekszünk megregulálni. Mindkét típusú megküzdés hasznos lehet, előfordul, hogy a kettőt együttesen alkalmazva érjük el a legjobb eredményt. A **kognitív átstrukturálás** szintén hatékony megküzdési stratégia. Ennek során megváltoztatjuk a stresszorról alkotott percepcióinkat vagy az arra adott reakcióinkat. A kognitív átstrukturálásnak része lehet a **lefelé** vagy **felfelé irányuló társas összehasonlítás**.

A pozitív érzések, illetve a humorérzék szintén segítenek csökkenteni a stressz egészségre gyakorolt hatását, akárcsak az, ha igyekszünk valamilyen jelentést találni a számunkra stresszt okozó eseményben, helyzetben. Ennek során az első lépés az, hogy értelmet keresünk a történetekben, de a feldolgozás úgy válik teljessé, ha sikerül egy olyan előnyt is azonosítanunk, ami a stresszt okozó történésnek köszönhető. Az érzelmek levezetésére szolgáló beszámoltatás vagy **pszichológiai debriefing**, illetve ennek bizonyos területeken alkalmazott **kritikus eseményt követő stressz-debriefing (CISD)** változatáról kiderítették, hogy viszonylag hatástalan a stressz és a betegségek közötti kapcsolat gyengítésében.

A pozitív életvezetési döntésekkel két legyet üthetünk egy csapásra: először is,

fokozzuk vele a stresszel szembeni ellenálló képességünket, másodjára pedig csökkentjük a stresszel kapcsolatos betegségekkel szembeni fogékonyságunkat. A **társas támogatás** talán a legfontosabb életmódbeli tényező, mert az erős családi-baráti hálóval rendelkezők hosszabb ideig és egészségesebben élnek, mint akiknek kevés társas támogatásban van részük. A társas támogatás érzelmi, gyakorlati és információs segítséget egyaránt hordoz. A rendszeres testmozgás fizikai és pszichés jótékony hatásai révén enyhíti a stressz egészségre gyakorolt hatásait. Az egészséges táplálkozás, az elegendő alvás, de még a meditáció is bizonyítottan csökkenti a stresszel és a betegségekkel szembeni fogékonyságot.

A testmozgás számos pozitív hatására derült már fény: nem csupán egészséges testet és tudatot eredményez, de egy sor betegséget képes megelőzni vagy kordában tartani. A legtöbb, mozgásra buzdító program azonban nem ér cél, mert a legtöbb embernek nem sikerül napi szokássá tennie a testmozgást.

A **szubjektív jóllétnek** része az elégedettség az élettel, a pozitív érzések jelenléte és a negatív érzések viszonylagos hiánya. Mint az általunk vizsgált számos fogalom esetében, itt is elmondható, hogy a genetikai örökségünk és a környezetünk egyaránt szerepet játszik a szubjektív jóllétünkben. Sem az életkor, sem a vagyon nem függ össze a boldogsággal – boldog embereket találunk a fiatalok és az öregek között ugyanúgy, mint a szegények és a gazdagok között, de még a súlyos betegséggel küzdők vagy élethosszig tartó következményekkel járó sérülést elszenvedettek között is.

egészségpszichológia (189. o.)

előnykeresés (177. o.)

értelemkreálás (177. o.)

érzelemfókuszált megküzdés (174. o.)

katarzis (178. o.)

kognitív átstrukturálás (175. o.)

kritikus eseményt követő stressz-debriefing (CISD) (179. o.)

lefelé irányuló társas összehasonlítás (176. o.)

magatartás-tudományi orvoslás (189. o.)

megküzdés (173. o.)

megküzdési stratégia (173. o.)

pozitív életvezetési döntés (173. o.)

problémafókuszált megküzdés (174. o.)

pszichológiai debriefing (178. o.)

rágódás (174. o.)

szubjektív jóllét (186. o.)

társas támogatás (180. o.)

védekezés (173. o.)

KRITIKUS GONDOLKODÁS ÉLESBEN

A változás tényleg veszélyes az egészségre?

A változással járó életesemények és a betegségek közötti kapcsolat, amit a **Holmes–Rahe-féle életesemény-skála** (Social Readjustment Rating Scale, SRRS) számszerűsít, sokkal bonyolultabb, mint korábban gondolták. A szélsőségesen magas, illetve nagyon alacsony értékek nyújtanak némi hasznos jóslatot a jövőben várható, stresszel kapcsolatos hatások valószínű fellépését illetően, de a teszt nem veszi figyelembe a fejezetben ismertetett számos további tényezőt. A hosszú ideig tartó stressz valóban

vezethet megbetegedéshez, de a stressz és a betegség kapcsolatát kognitív, hangulati, szociális és kulturális tényezők egyaránt képesek moderálni. Hogyan fogunk fel egy adott stresszort, milyen megküzdési módokat sajátítottunk el, milyen társas támogatásra számíthatunk – csak néhány azok közül a tényezők és folyamatok közül, melyek képesek megváltoztatni egy stresszor hatását, ezáltal az egyén egészségi állapotának alakulását.

Tárgymutató

- aktív ellenállás fázisa** Az általános adaptációs szindróma második fázisa; a szervezet alkalmazkodik, és fenntartja a stresszorra adott reakcióit a megküzdés céljából.
- akut stressz** Az arousalszint emelkedésével járó, stresszor által kiváltott átmeneti állapot, aminek konkrét kezdete van és korlátozott ideig tart.
- általános adaptációs szindróma** A krónikus stresszorra adott, három fázisból felépülő testi reakciómin-tázat.
- antidepresszánsok** A depresszió kezelésére szolgáló gyógyszerek, melyek általában az agy szerotonin és/vagy epinefrin idegi útvonalaire hatnak.
- antipszichotikumok** A pszichotikus tüneteket enyhítő, jellemzően az agy dopamin útvonalaiban keresztül ható gyógyszerek.
- autizmus spektrum zavar** A DSM-5-ben megjelent új diagnosztikai csoport, amibe a korábbi *autisztikus zavar*, *Asperger-szindróma* és *pervazív fejlődési zavar* diagnózisok kerültek. Ezeket ma már nem önálló zavaroknak, hanem egyetlen spektrum részeinek tekintjük, a társas kommunikáció és a környezet iránti érdeklődés károsodásának mértéke szerint elhelyezve őket a spektrumon.
- averzív terápia** A klasszikus kondicionáláson alapuló terápia, aminek során egy vonzó ingert egy kifejezetten kellemetlennel (averzív inger) társítva érik el, hogy elkerülő reakció alakuljon ki a páciensnél a korábban vonzó ingerrel szemben.
- belátásorientált terápia** Olyan pszichoterápia, amiben a terapeuta abban segít a kliensnek, hogy megértse (belátssa), miben rejlenek a problémái.
- biomedikális terápia** Az agyműködés megváltoztatására irányuló kezelési mód; gyógyszeres, pszichoszociális vagy elektrokonvulzív módszerek tartoznak ide.
- bipoláris zavar** A mániás és a depressziós epizódok váltakozásával jellemezhető mentális zavar.
- borderline személyiségzavar** Instabilitással és impulzivitással jellemezhető állapot; az egyén hangulata kiszámíthatatlan, szeszélyes, a kapcsolatai viharosak, nagyon rosszul viseli a frusztrációt.
- céltartó visszautasítás** Az egyén aktív és szándékos társas visszautasítása valaki más vagy mások által.
- címkézés** A mentális zavarok diagnózisával járó nemkívánatos jelenség, amikor a diagnózissal megbélyegzik az illetőt, és a továbbiakban sztereotípiák mentén kezelik, mintha a címke magyarázatot adna a teljes személyiségre. A pszichés címkék stigmatizáló hatásuk lehetnek.
- citokinek** Hormonszerű fehérje jelzőmolekulák, melyek egyfelől a fertőzések elleni küzdelemben vesznek részt, másfelől az agy és az immunrendszer közötti kommunikációban.
- csoportterápia** Bármely pszichoterápia, amin egynél több kliens/páciens van jelen egy időben. A csoportterápiák gyakorta humanisztikus megközelítések.
- depersonalizációs/derealizációs zavar** Olyan abnormális mentális állapot, amikor az egyén úgy érzi, a teste és a tudata szétválak, testen kívüliséget él át.
- depressziós epizód** A bipoláris zavarban az az időszak (a mániás epizód ellentéte), amikor az egyénre a depresszió, a boldogtalanság és a kétségbeesés jellemző.
- depresszív zavarok** Csökkent örömmérzettel és a nyomott, depresszív hangulattal jellemezhető mentális zavarok csoportja.
- diatézis-stressz hipotézis** A skizofrénia vonatkozásában az a felvetés, hogy a genetikai háttér adott mértékű kockázatot jelent az egyén számára a skizofrénia, míg a környezeti stresszfaktorok azok, melyek ezt a potenciált ténylegesen betegségé alakítják.
- distressz** Külső stresszorokra adott pszichés reakció („káros stresszreakció”), ami lehet érzelmi, kognitív vagy viselkedési válasz. Része a stresszreakciónak, ami szintén biológiai és pszichés reakcióra osztható.
- diszlexia** Olvasási képtelenség, neheztettség. Egyes szakértők szerint agyi rendellenességre vezethető vissza.
- disszociatív fuga** A disszociatív amnéziával lényegében megegyező állapot, az illető itt ráadásul elköborol otthonról, elhagyja a családját, otthonát, munkahelyét. A DSM-5 a disszociatív amnézia egy formájának tekinti.
- disszociatív identitás zavar** Olyan állapot, amikor az egyén több identitás vagy személyiség jeleit mutatja. Korábban „többszörös személyiség zavarának” hívták.
- disszociatív zavarok** A személyiség „széthullásával” jellemezhető mentális zavarok csoportja. A személyiség egyes részei leválnak, azaz disszociálnak a többi részről.
- egészségpszichológia** A pszichológia egyik ága, amely a pszichés faktoroknak az egészségben és a jólétben, illetve a betegségek kialakulásában betöltött szerepét vizsgálja az egészségesebb életmódok terjesztésének, oktatásának céljából.

egészségsszorongás A szomatiform zavarok egyik típusa; az illető szélsőségesen aggódik az egészsége miatt, retteg tőle, nehogy megbetegedjen. Régebbi nevén hipochondria.

el nem ismert gyász Olyan veszteségérzet, amelyet a közösség nem támogat, nem érez vele együtt vagy nem ért meg.

elektrokonvulzív terápia Főként depresszió kezelésére alkalmazott módszer, aminek során rövid ideig tartó elektromos impulzusokkal ingerlik az agyat, görcsöket kiváltva ezzel. A köznyelv hívja „elektrosokknak” is.

elmebetegség Nem pszichiátriai vagy pszichológiai terminus, csak a jogban használják. Olyan állapotra utal, amikor az érintett a mentális állapotja miatt képtelen a törvényekhez igazítani a viselkedését.

előnykeresés A stresszes helyzetre adott egyik reakciómód; ennek során valamilyen előnyös, hasznos következményt próbálunk a stresszornak tulajdonítani.

elsődleges kontroll A környezet, a külső körülmények irányítás alatt tartására irányuló erőfeszítés.

elszemélytelenítés Az a folyamat, amikor megfosztanak valakit az identitásától és a személyiségétől azáltal, hogy tárgyként kezelik, nem pedig egyénként. Lehet a címkézés folyamata.

endorfinok „Boldogsághormonok”; a központi idegrendszer által termelt, neurotranszmitterként viselkedő fehérjék, melyek gátolják az idegsejteket a fájdalomérzet továbbításában, illetve boldogságérzetet generálnak.

értelemkreálás A stresszes helyzetre adott egyik reakciómód; a stresszort igyekezünk a megjósolható, kontrollálható és kiszámítható világról alkotott elvárásainkhoz igazítani, azaz értelemet találni benne.

érzelemfókuszált megküzdés Az a megküzdés, amelyben a stresszorra adott érzelmi reakciók szabályozása a cél.

érzések tükrözése Carl Rogers terápiás technikája; lényege a kliens szavainak megismétlése, parafrázálása, ily módon a kifejezett érzelmi tónus megragadása.

evolúciós előkészítettségi modell Az az elmélet, ami szerint a természetes kiválasztódás által létrejött, velünk született hajlamunk van rá, hogy gyorsan és automatikusan reagáljunk olyan ingerekre, melyek az őseink számára életveszélyes fenyegetést hordoztak.

figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD) Idegrendszeri fejlődési zavar, ami a rövid figyelmi terjedelemben, szórakozottságban, koncentrációban

nehézségekben, elégtelen impulzuskontrollban és szélsőséges aktivitásszintben nyilvánul meg.

fóbia A szorongásos zavarok egyik típusa, ahol a szélsőséges mértékű félelem egy konkrét objektumra vagy helyzetre irányul.

generalizált szorongásos zavar Olyan pszichés probléma, amire a bármely külső ok nélküli, erőteljes és hosszan fennálló szorongás jellemző.

gondoskodás és támogatás elmélete A stresszreakció egyik típusát leíró modell, ami szerint a nők/nőstények biológiailag arra vannak predisponálva, hogy a fenyegetésre az utód védelmezésével és a róla való gondoskodással, illetve társas támogatás keresésével reagáljanak.

gyász A veszteségre adott érzelmi válasz, amiben a szomorúság, a harag, a tehetetlenség, a bűntudat és a kétségbeesés érzése keveredik.

hallucináció Mentális zavarra utaló téves érzékszervi tapasztalás. A mentális zavarok kívül egyéb okból is felléphetnek hallucinációk, például alkohol hatására vagy túlzott ingerszegénység miatt.

Holmes–Rahe-féle életesemény-skála A stresszszint felmérésére alkalmas pszichológiai mérőmódszer, ami minden életeseményhez számszerű értéket rendel.

humanisztikus terápia Azon a feltételezésen alapuló terápiás módszer, ami szerint az emberekben megvan a hajlam a fejlődésre és az önmegvalósításra, de ezt gátolhatja az egészségtelen környezet, amibe beletartozhat a negatív önértékelés és a többi ember felől érkező kritikák.

idegrendszeri fejlődési zavarai A DSM-5 egyik kategóriája, amibe többnyire már gyermekkorban jelentkező kognitív zavarok tartoznak, például az autizmus spektrum zavar, a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar és a diszlexia.

időperspektíva-terápia Elsősorban a poszttraumás stressz szindróma kezelésére alkalmazott újfajta terápiás módszer, aminek során az okozati, fenntartó és módosító tényezők átmenetiségét igyekeznek hangsúlyozni.

indulatátvitel-elemzés Freudi terápiás módszer; a terapeuta és a páciens kapcsolatának elemzése és értelmezése, ami azon a feltételezésen alapul, hogy ez a kapcsolat a páciens múltjában lévő megoldatlan konfliktusokat tükrözi.

ingerelárasztás A deszenzitizációs terápia egyik formája; a páciens közvetlenül kiteszik a számára szorongáskeltő ingereknek.

integrálás A gyászfolyamat utolsó szakasza, aminek során a veszteséget integráljuk az énkbe.

intézménytelenítés Az elmeegógyintézetek felszámolása; az a törekvés, hogy amelyik páciensnél ez

- lehetséges, ne pszichiátriai osztályokon, kórházakban folytassák a kezelését, hanem közösségi szinten.
- katarzis** Megtisztulás egy érzelmtől; a katarzisélmélet szerint csökkenti az érzelmi nyomást, ha közvetlen vagy közvetett módon szabadjára engedjük az érzelmeinket.
- katasztrófális esemény** Váratlan, erőszakos, súlyos veszteségekkel járó, traumatizáló esemény, ami lehet természeti vagy ember által előidézett egyaránt.
- kiegészítés** Az érzelmi és kognitív kimerülés állapota, ami gyakorta vezethet vissza a munkára.
- kimerülés fázisa** Az általános adaptációs szindróma harmadik szakasza, aminek során a szervezet forrásai kimerülnek.
- kognitív átstrukturálás** A stressz átértékelése annak céljából, hogy pozitívabb perspektívából tudjunk rá tekinteni.
- kognitív kiértékelés** Az a mód, ahogyan felfogjuk, értelmezzük a stresszort, illetve megítéljük a megküzdéshez rendelkezésre álló forrásainkat.
- kognitív terápia** A mentális zavarok kezelésében a szubjektív érzésekkel, motivációkkal vagy az elfojtott konfliktusokkal szemben a racionális gondolkodást hangsúlyozó terápia.
- kognitív-viselkedési terápia** Viszonylag új pszichoterápiás irányzat, amit a kognitív és a viselkedésterápia ötvözése jellemez.
- kombinált terápia** Pszichoterápiás és orvosi megközelítést egyaránt tartalmazó terápia; leggyakrabban a gyógyszeres és a viselkedés- vagy kognitív-viselkedési terápiát kombinálják.
- kontingenciamenedzsment** Az operáns kondicionáláson alapuló módszer, ami a viselkedést a következmények megváltozása révén, elsősorban büntetés és jutalmazás segítségével igyekszik megváltoztatni.
- konverziós zavar** Egyfajta szomatoform zavar, amire bémulás, gyengeség, érzékesztés jellemző, bármiféle elkülöníthető testi ok nélkül. A DSM-5 a pontosabb *funkcionális neurológiai tünet zavar* elnevezést javasolja az állapotra, elkerülve a konverziós zavar kifejezéshez társul freudi konnotációt.
- kortizol** A küzdj vagy menekülj válasz során termelődő szteroid stresszhormon.
- közösségi alapú mentális ellátás** Az elmegyógyintézetek felszámolási folyamatának része, az a törekvés, hogy a mentális páciensek járóbeteg-ellátás keretein belül jussanak ellátáshoz, a családjukkal vagy lakóotthonokban élhessenek.
- krónikus stresszor** Hosszú ideig fennálló stresszes helyzet, körülmény.
- küzdj vagy menekülj reakció** Az élőlényt a küzdelemre vagy a menekülésre felkészítő belső reakciószorozat.
- magatartás-tudományi orvoslás** Az életmód és a betegségek közötti kapcsolat vizsgálatára szakosodott orvostudományi ág.
- major depresszió** Súlyos depresszív zavar, ami alapjaiban és súlyos mértékben károsítja az egyén működésmódját.
- mániás epizód** A bipoláris zavarban jellemző egyik szélsőséges, a *depressziós epizód*ot váltó hangulati állapot, amit a feldobottság és a túladó hangulat jellemez.
- másodlagos kontroll** A külső eseményekre adott reakciók irányítás alatt tartására irányuló erőfeszítés.
- másodlagos trauma** Traumás képek vagy történetek által kiváltott, az érintettben a stresszes eseményekben való részvétel, érintettség érzetét keltó súlyos stressz.
- másodlagos traumás stressz** A segítő szakmák (orvosok, pszichológiai szakemberek, gondozók, szociális munkások stb.) képviselői körében gyakori kimerültség, a stresszes állapot, az érzelmi bémultság vagy közömbösség állandósulása.
- megküzdés** A stresszt kiváltó ok, nem pedig csupán a stressz tünetei megszüntetésére vagy enyhítésére irányuló cselekvés.
- megküzdési stratégia** A stressz hatását csökkentő vagy megszüntető cselekvésmód.
- modellkövetés** A megfigyelés tanulásán alapuló módszer, aminek során a terapeuta szolgál modelként, ő mutatja meg a kívánatos viselkedést, és ennek utánzására bátorítja a páciens.
- moderátor** Olyan tényező, ami segít megakadályozni, hogy a stresszor stresszt váltson ki.
- munkavállalói elkötelezettség** Elköteleződés a munka iránt, aminek a hátterében az áll, hogy a munkavállaló úgy érzi, értelmes munkát végez, értékeli a hozzájárulását a cég sikereihez, és megfelelően jutalmazza is ezért (ellentéte a munkahelyi kiegészítés).
- neofreudiánus pszichodinamikus terápia** A Freud egyes elképzeléseit megőrző, másokat elvető neofreudiánus pszichológusok által kifejlesztett terápia.
- neofreudiánusok** A Freuddal szakító, de elmélete pszichodinamikus aspektusait, elsősorban a motivációnak mint hajróerőnek a személyiségre gyakorolt hatását megőrző pszichológusok csoportja.

neurózis A DSM-5 előtt az olyan szubjektív distresszre vagy a pszichésen önsértő viselkedésre alkalmazott fogalom, amihez nem társult kimutatható agyi rendellenesség vagy nagymértékben irracionális gondolkodás.

odafigyelő hallgatás A beszélő mondandójának tényleges meghallgatása, amit bólintásokkal, az elhangzottak megismétlésével, az érdeklődés folyamatos kifejezésével, kérdések feltevésével lehet nyomatékosítani.

optimizmus Olyan hozzáállás, beállítottság, ami segít a stresszorokat konkrét hatású, átmeneti és külső eredetű tényezőként felfogni.

oxitocin A férfiakban és a nőkben egyaránt termelődő, a stresszreakcióban is részt vevő hormon.

ökológiai szemlélet A mentális zavarok szemléletében a szociális és a kulturális kontextust hangsúlyozó irányzat.

önsegítő támogató csoportok Olyan csoportok, például az Anonim Alkoholisták, amelyeknek a tagjai támogatást nyújtanak egymásnak, és lehetőséget azon ötletek megosztására, hogy miként lehet megküzdni a mindannyiukat érintő problémákkal. Jellemzően nem képzett terapeuták szervezik és vezetik ezeket a csoportokat.

pánikzavar Olyan, pánikrohamokkal jellemezhető állapot, aminek a fellépésében nincs egyértelmű kapcsolat az éppen aktuális történésekkel. A generalizált szorongásos zavarral ellentétben a pánikrohamok közötti időszakban az érintett személyre általában nem jellemző a szorongás.

poszttraumás stressz szindróma (PTSD) Megkésztet stresszreakció, aminek során az egyén akaratlanul is újraéli a traumatikus esemény érzelmi, kognitív és viselkedési aspektusait.

pozitív életvezetési döntések A hosszú távú viselkedésre vonatkozó olyan szándékos és tudatos döntések, melyek eredményeképpen növekszik a stresszel és a betegségekkel szembeni ellenálló képesség.

pozitív pszichológia Viszonylag új pszichológiai ág, ami az ember pozitív aspektusaira helyezi a hangsúlyt, ellentétben a pszichológia patológiás folyamatokat kiemelő irányzataival.

pozitív pszichoterápia A kognitív-viselkedési terápia egy viszonylag új alkalmazási módja, ami a fejlődést, a javulást és a boldogságot hangsúlyozza.

problémafókuszált megküzdés A megküzdés során a stresszor egyértelműsítése és megszüntetése a cél.

pszichoanalízis Sigmund Freud pszichoanalízis elméletén alapuló pszichoterápia, ami a mentális zavarok okának a tudattalan konfliktusokat, vágyakat és emlékeket tartja, és ezek felszínre

hozásában látja a megoldásukat. (A szakmai zsargon a pszichoanalízis alatt egyszerre érti az elméletet és a terápiás módszert).

pszichodinamikus pszichológia A mentális zavarokat a tudattalan szükségletek, vágyak, emlékek és konfliktusok mentén megismerni igyekvő pszichoterápiás iskola.

pszichológiai terápia Röviden csak pszichoterápia; pszichológiai, nem pedig orvosi elveken és megközelítésen nyugvó terápia.

pszichoneuroimmunológia A mentális állapotnak az immunrendszere gyakorolt hatását kutató multidiszciplináris tudomány.

pszichopatológias állapotok A helyzetnek nem megfelelő érzelmi, viselkedési vagy gondolati mintázatok jellemezték állapotok, melyek distresszhez vagy a fontos célok elérésének képtelenségéhez vezetnek. Lényegében ugyanezt takarják a mentális betegség, mentális zavar és pszichés zavar kifejezések is.

pszichosebészet A pszichés zavarok kezelése céljából végzett sebészeti beavatkozások összefoglaló neve.

pszichózis A percepció, a racionális gondolkodás vagy a hangulat terén fellépő súlyos zavarokkal járó állapot.

racionális-emocionális viselkedésterápia Albert Ellis által kifejlesztett kognitív terápia, ami azon az elképzelésen alapul, hogy a mentális zavarok okai az irracionális gondolatok és viselkedés.

reziliencia A rugalmas alkalmazkodásra, a jóllét elérésére, a stresszel való megküzdésre való képesség a fejlődést súlyosan fenyegető környezetben is.

rögeszmés-kényszeres zavar Állandó, kényszeres gondolatok és viselkedés jellemezte mentális zavar.

rumináció Rágódás; a negatív énreflexió egy káros formája, aminek során az egyén a stresszre reagálva elmerül a depresszív gondolatokban és érzésekben. Az immunrendszert is károsíthatja.

skizofrénia A gondolkodás, a percepciók és/vagy az érzelmek torzulásával jellemezhető pszichotikus zavar.

skizotip személyiség A szoros emberi kapcsolatok terén szélsőséges nehézségekkel jellemezhető személyiségzavar.

stimulánsok A központi idegrendszerre izgató hatással lévő, a mentális és a fizikai reakciókat egyaránt felgyorsító gyógyszerek. Általában az agy idegsejtjei közötti kommunikáció meggyorsítása révén hatnak. A figyelemhiányos hiperaktivitás zavarban szenvedők esetében viszont csökkentik az aktivitási szintet.

- stressz** Egy stresszorra adott testi és mentális reakció, válasz.
- stresszor** Stressz kiváltására alkalmas esemény vagy helyzet.
- szélsőséges hangulatzavarok** Az érzelmi reakciókban fellépő extrém mértékű csapongások, például fokozott izgatottság és ingerlékenység, vagy pont ellenkezőleg, depresszió és érzelmentes reakciók.
- személyiségzavar** A gondolkodás, az érzelmek, a társas kapcsolatok vagy az impulzuskontroll rugalmatlan és maladaptív mintázatával jellemezhető, krónikusan fennálló állapot.
- személyközpontú terápia** Carl Rogers nevéhez kötődő humanisztikus terápiás irányzat, ami az egyénnek az önmegvalósítás révén megvalósuló pszichés fejlődésre való hajlamát veszi alapul.
- szezonális major depresszív zavar** A depresszió egy formája, amit tudomásunk szerint a napfény hiánya vált ki.
- szisztematikus deszenzitizáció** Viselkedésterápiás technika, aminek során a szorongást annak révén szüntetik meg fokozatosan, hogy a páciensnek el kell képzelnie a szorongáskeltő helyzeteket.
- szívósság** A stresszel szembeni ellenálló képességre szolgáló attitűd, aminek része a változások kihívásként való felfogása, az elköteleződés és a kontrollérzet.
- szociális stresszorok** A társadalmi, kulturális vagy gazdasági környezetből eredő nyomás miatt fellépő krónikus stresszorok.
- szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok** Testi tünetekben vagy fizikai panaszokban (például gyengeségben vagy a betegségek miatti túlzott aggodásban) megnyilvánuló pszichés problémák csoportja.
- szorongáscsökkentők** Barbiturát vagy benzodiazepin alapú gyógyszerek, melyek enyhítik a szorongást.
- szorongásos zavarok** Elsősorban szorongással jellemezhető mentális zavarok. Ide tartozik a pánikzavar, a generalizált szorongásos zavar, az agorafóbia és a különböző fóbiák.
- szubjektív jóllét** A köznyelvben boldogságnak hívott állapot, az egyén saját megítélése szerinti életminőség, amiben kognitív és érzelmi reakciók is helyt kapnak.
- tanult tehetetlenség** Az az állapot, amikor egy depressziós személy megtanulja a negatív eseményeket a saját hibájának vagy olyan külső körülményeknek betudni, melyek megváltoztatását illetően tehetetlennek érzi magát. A tanult tehetetlenségre a külső kontrollhelyesség szélsőséges formájaként is tekinthetünk.
- tardív diszkinézia** A motoros kontroll gyógyíthatatlan zavara, ami elsősorban az arc és a fej izmait érinti. Jellemzően antipszichotikumok hosszan tartó szedése hatására alakul ki.
- társas összehasonlítás** A kognitív átstrukturálás egyik típusa; az egyén a saját helyzetét más hasonló helyzetben lévőkével hasonlítja össze.
- társas támogatás** A stresszel való egyéni megküzdésben a közösség, a család, a barátok által nyújtott támogatás.
- társas visszautasítás** Társas környezetben megélt negatív tapasztalat, érzés, amit a többi ember általi elutasítás, kitiltás, kiközösítés vagy zaklatás miatt élünk meg.
- telomerek** A DNS két végén található, „védősapkáként” működő, több ezer ismétlődésből álló szakasz, ami az osztódások során fellépő rövidüléstől védi a DNS-t.
- terápia** A kezelési folyamat általános neve; a pszichológiában és a pszichiátriában arra a sokféle pszichológiai és biomedikális módszerre utalnak vele, melyek révén a mentális zavarokkal vagy az élethelyzeti problémákkal való megküzdéshez igyekeznek hozzásegíteni a pácienseket.
- terápiás szerződés** A terapeuta és a kliens között létrejövő kapcsolat, amiben mindkét fél azon dolgozik, hogy a kliens meg tudjon birkózni a mentális vagy a viselkedési problémáival.
- téveszme** A gondolkodás szélsőséges torzulása, makacs téves hiedelem. A paranoid zavarok egyik ismérve.
- transzkraniális mágneses stimuláció** Az agy meghatározott részeinek mágneses ingerlése. Az elektrokonvulzív kezeléstől eltérően nem vált ki görcsöket.
- traumás stresszor** Az egyén testi épségét fenyegető helyzet, ami félelmet, rettegést, vagy a tehetetlenség érzését képes kiváltani.
- védekezés** A stressz tüneteinek enyhítésére vagy a figyelmen kívül hagyásukra irányuló erőfeszítés.
- vészreakció fázisa** Az általános adaptációs szindróma első fázisa; a szervezet mobilizálja az erőforrásait a stresszorral való megküzdéshez.
- viselkedésterápia** A pszichoterápia olyan formája, ami a behaviorista tanulás elméletein, elsősorban a klasszikus és az operáns kondicionáláson alapul.
- zsetongazdálkodás** Az operáns kondicionáláson alapuló módszer, amit csoportok esetében alkalmaznak, például iskolákban vagy pszichiátriai osztályokon. A zsetonok vagy más, a megerősítésre szolgáló eszközök segítségével erősítik meg a kívánatos viselkedést. A zsetonok később beválthatók privilégiumokra, ételre stb.
- Abrams, A. R. (1992). *Electroconvulsive therapy*. New York, NY: Oxford University Press.
- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., . . . Rainer, J. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and Recommendations of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy*, 38, 495–497.
- Allen, K., & Morey, M. C. (2010). Physical activity and adherence. In H. Bosworth (Ed.), *Improving patient treatment adherence: A clinician's guide* (pp. 9–38). New York, NY: Springer.
- American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Committee on Quality Improvement. (2001). Clinical practice guideline: Treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108, 1033–1044. [Lásd még: Henker & Whalen, 1989; Poling et al., 1991.]
- American Psychological Association. (2015b, February 4). American psychological association survey shows money stress weighing on Americans' health nationwide. Letöltve: <http://www.apa.org/news/press/releases/2015/02/money-stress.aspx>
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of wellbeing: Americans' perceptions of life quality*. New York, NY: Plenum.
- Andrews, P. W., & Thompson, J. A. (2009). The bright side of being blue: Depression as an adaptation for analyzing complex problems. *Psychological Review*, 118, 620–654.
- Andrews, P. W., & Thompson, J. A. (2010, January/February). Depression's evolutionary roots. *Scientific American Mind*, 20(7), 57–61.
- Antonuccio, D. (1995). Psychotherapy for depression: No stronger medicine. *American Psychologist*, 50, 450–452.
- Antony, M. M., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Current perspectives on panic and panic disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 1, 79–82.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Arkowitz, H., & Lilienfeld, S. O. (2011, July/August). Deranged and dangerous? Severe mental illness alone is not generally enough to cause violent behavior. *Scientific American Mind*, 64–65.
- Arnsten, A. F. T. (1998, June 12). The biology of being frazzled. *Science*, 280, 1711–1712. [Lásd még: Caldwell, 1995; Mukerjee, 1995; Sapolsky, 1990.]
- Asarnow, J., Glynn, S., Pynoos, R. S., Nahum, J., Guthrie, D., Cantwell, D. P., & Franklin, B. (1999). When the earth stops shaking: Earthquake sequelae among children diagnosed for pre-earthquake psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1016–1025.
- Ayllon, T., & Azrin, N. H. (1968). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- Azar, B. (1994, October). Seligman recommends a depression „vaccine.” *APA Monitor*, 4. [Lásd még: Robins, 1988; Seligman, 1991; Seligman et al., 1979.]
- Azar, B. (2010, June). Another reason to break a sweat. *Monitor on Psychology*, 41(6), 36–38.
- Baker, T. B., McFall, R. M., & Shoham, V. (2008). Current status and future prospects of clinical psychology: Toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 9(2).
- Baker, T. B., McFall, R. M., & Shoham, V. (2008). Current status and future prospects of clinical psychology: Toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 9(2).
- Bandura, A. (1970). Modeling therapy. In W. S. Sahakian (Ed.), *Psychopathology today: Experimentation, theory and research*. Itasca, IL: Peacock.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Baranowsky, A. B. (2002). The silencing response in clinical practice: On the road to dialogue. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 155–170). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Barkley, R. A. (1998, September). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Scientific American*, 279(9), 66–71.
- Barlow, D. H. (1996). Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *American Psychologist*, 51, 1050–1058.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247–1263.
- Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108, 4–32.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869–878.
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65, 13–20.
- Barnes, D. M. (1987). Biological issues in schizophrenia. *Science*, 235, 430–433.
- Baron, L., & Strauss, M. A. (1985). *Four theories of rape in American society: A state-level analysis*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1–44.
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77–95.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953–959.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beigel, A., & Berren, M. R. (1985). Human-induced disasters. *Psychiatric Annals*, 15, 143–150.
- Bennett, K. K., & Elliott, M. (2002). Explanatory style and health: Mechanisms linking pessimism to illness. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1508–1526.
- Berenson, A. (2008, February 24). Daring to think differently about schizophrenia. *New York Times*. Letöltve: www.nytimes.com/2008/02/24/business/24drug.html
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186–204.
- Berman, J. S., & Norton, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98, 401–407.
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (1992). *Cross-cultural psychology: Research and applications*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Beutler, L. E., & Machado, P. P. (1992). Research on psychotherapy. In M. R. Rosenzweig (Ed.), *International psychological science: Progress, problems, and prospects* (pp. 227–252). Washington, DC: American Psychological Association.
- Beverly, R., Meldrum, L., & McFarlane, A. C. (1995). Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal*, 310, 1479–1480.
- Bhattacherjee, Y. (2008, January 25). Shell shock revisited: Solving the puzzle of blast trauma. *Science*, 319, 406–408.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1985). Life stressors and social resources affect posttreatment outcomes among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 140–153.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Doraiswamy, P. M., Watkins, L., Hoffman, B. M., Barbour, K. A., . . . Sherwood, A. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosomatic Medicine*, 69(7), 587–596.
- Bolger, M. A. (1997). An exploration of college student stress. *Dissertation Abstracts International*, 58, 5-A, 1597.
- Bolger, N., DeLongis, A., Kessler, R. C., & Schilling, E. A. (1989). Effects of daily stress on negative mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 808–818.
- Bonanno, G. A. (2009). *The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss*. New York, NY: Basic Books.
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of extreme adversity. *Pediatrics*, 121, 369–375.
- Booth, F. W., Gordon, S. E., Carlson, C. J., & Hamilton, M. T. (2000). Waging war on modern chronic diseases: Primary prevention through exercise biology. *Journal of Applied Physiology*, 88, 774–787.
- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1925–1932.
- Boule, N. G., Haddad, E., Kenny, G. P., Wells, G. A., & Sigal, R. J. (2001). Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA*, 286, 1218–1227.
- Bowden, C. L., Calabrese, J. R., McElroy, S. L., Gyulai, L., Wassef, A., Petty, F., . . . Wozniak, P. J. (2000). A randomized, placebo-controlled 12-month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder. Divalproex Maintenance Study Group. *Archives of General Psychiatry*, 57, 481–489.
- Bower, B. (1995b, March 4). Virus may trigger some mood disorders. *Science News*, 147, 132.
- Bower, B. (2004, July 24). Suicide watch: Antidepressants get large-scale inspection. *Science News*, 166, 51.
- Bower, B. (2005a, November 5). Questions on the couch: Researchers spar over how best to evaluate psychotherapy. *Science News*, 168, 299–301.
- Bower, B. (2005b, March 19). Schizophrenia syncs fast: Disconnected brain may lie at heart of disorder. *Science News*, 167, 180.
- Bower, B. (2006b, March 18). Prescription for controversy: Medications for depressed kids spark scientific dispute. *Science News*, 169, 168–172.
- Bower, B. (2007, July 28). Antidepressants trim suicide tries. *Science News*, 172, 61. [Lásd még: Gibbons et al., 2007; Simon & Savarino, 2007.]
- Bradbury, J. (2001, May 19). Teasing out the genetics of bipolar disorder. *Lancet*, 357, 1596.
- Brådvik, L., & Berglund, M. (2006). Long-term treatment and suicidal behavior in severe depression: ECT and antidepressant pharmacotherapy may have different effects on the occurrence and seriousness of suicide attempts. *Depression and Anxiety*, 23, 34–41.
- Breggin, P. R. (1979). *Electroshock: Its brain-disabling effects*. New York, NY: Springer.
- Breggin, P. R. (1991). *Toxic psychiatry*. New York, NY: St. Martin's Press.
- Breggin, P. R., & Breggin, G. R. (1994). *Talking back to Prozac*. New York, NY: St. Martin's Press.
- Breier, J. I., Simos, P. G., Fletcher, J. M., Castillo, E. M., Zhang, W., & Papanicolaou, A. C. (2003). Abnormal activation of temporoparietal language areas during phonetic analysis in children with dyslexia. *Neuropsychology*, 17, 610–621.
- Brengman, M., Wauters, B., Macharis, C., & Mairesse, O. (2010). Functional effectiveness of threat appeals in exercise promotion messages. *Psicologica*, 31, 577–604.
- Bridge, J. A., Satish, I., Salary, C. B., Barbe, R. P., Birmaher, B., Pincus, H. A., . . . Brent, D. A. (2007, April 18). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A metaanalysis of randomized controlled trials. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 297, 1683–1696.
- Broadwell, S. D., & Light, K. C. (1999). Family support and cardiovascular responses in married couples during conflict and other interactions. *International Journal of Behavioral Medicine*, 6, 40–63.
- Brown, K. (2003a, March 14). The medication merry-go-round. *Science*, 299, 1646–1649.
- Brown, K. (2003b, July 11). New attention to ADHD genes. *Science*, 301, 160–161.
- Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., & Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science*, 14, 320–327.
- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2008). *Abnormal psychology: Core concepts*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Calev, A., Nigal, D., Shapira, B., Tubi, N., Chazan, S., Ben-Yehuda, Y., . . . Lerer, B. (1991). Early and long-term effects of electroconvulsive therapy and depression on memory and other cognitive functions. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 179, 526–533.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Selby, J. W., & Kin, H. E. (Eds.). (1981). Rape. *Journal of Social Issues*, 37 (Whole No. 4).
- Cannon, W. B. (1914). The interrelations of emotions as suggested by recent physiological researchers. *American Journal of Psychology*, 25, 256.
- Caporeal, L. R. (1976). Ergotism: The Satan loosed in Salem? *Science*, 192, 21–26.
- Carek, P. J., Laibstain, S. E., & Carek, S. M. (2011). Exercise for the treatment of depression and anxiety. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41, 15–28.
- Carlson, N. R. (2007). *Physiology of behavior* (9th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Carson, R. C., Butcher, J. N., & Mineka, S. (2000). *Abnormal psychology and modern life* (11th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Casey, J. F., & Wilson, L. (1991). *The flock*. New York, NY: Fawcett Columbine.
- Cawley, J., & Meyerhoefer, C. (2011). The medical care costs of obesity: An instrumental variables approach. *Journal of Health Economics*, 31, 219–230.
- Cawley, J., Rizzo, J. A., & Haas, K. (2007). Occupation-specific absenteeism costs associated with obesity and morbid obesity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49, 1317–1324.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015b). Vaccines do not cause autism. Letöltve: <http://www.cdc.gov/vaccinesafety/concerns/autism/>
- Centre for Addiction and Mental Health. (2015, January 28). *New biological evidence reveals link between brain inflammation and major depression*. Letöltve: http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/news_releases_media_advisories_and_backgrounder/current_year/Pages/
- New-biological-evidence-reveals-link-between-brain-inflammation-and-major-depression.aspx
- Cernak, I. (2015). Blast injuries and blast-induced neurotrauma: Overview of Pathophysiology and experimental knowledge – models and findings. In F. Kobeissy (Ed.), *Brain Neurotrauma* (pp. 631–644). Boca Raton, FL: CRC Press. doi: 10.1201/b18126-53
- Chamberlain, K., & Zika, S. (1990). The minor events approach to stress: Support for the use of daily hassles. *British Journal of Psychology*, 81, 469–481.
- Chamberlin, J. (2004, July/August). Survey says: More Americans are seeking mental health treatment. *Monitor on Psychology*, 35(7), 17.
- Chamberlin, J. (2008, December). The sleep aide: Jack Edinger helps patients remove the barriers to a good night's sleep. *Monitor on Psychology*, 39(11), 40–43.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., . . . McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychologist*, 49, 5–18.
- Chen, B. (2014, December 13). Marcus Mariota top contender for Heisman. *Samoa News*.
- Chiaccia, K. B. (2007). Insanity defense. *Encyclopedia of Psychology*. Letöltve: http://findarticles.com/p/articles/mi_g2699/is_0005/ai_2699000509. [Lásd még: Consensus Project (n. d.)]
- Christenfeld, N., Gerin, W., Linden, W., Sanders, M., Mathus, J., Deich, J. D., et al. (1997). Social support effects on cardiovascular reactivity: Is a stranger as effective as a friend? *Psychosomatic Medicine*, 59, 388–398.
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (1994). Who (or what) can do psychotherapy: The status and challenge of nonprofessional therapies. *Psychological Science*, 5, 8–14.
- Clay, R. A. (2000, January). Psychotherapy is cost-effective. *Monitor on Psychology*, 31(1), 40–41.
- Clay, R. A. (2009a, September). Prevention works. *Monitor on Psychology*, 40(8), 42–44.
- Clay, R. A. (2012, January). Beyond psychotherapy. *Monitor on Psychology*, 43(1), 46–49. Letöltve: <http://www.apa.org/monitor/2012/01/psychotherapy.aspx>
- Coan, J. A., Schaefer, H., & Davidson, R. J. (2006). Lending a hand: Social regulation of the neural responses to threat. *Psychological Science*, 17, 1032–1039.
- Cohen, R. E., & Ahearn, F. L., Jr. (1980). *Handbook for mental health care of disaster victims*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (Eds.). (1985). *Social support and health*. Orlando, FL: Academic Press.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M., & Skoner, D. P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 63, 652–657.
- Collins, S., & Long, A. (2003). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 17–27.

- Conklin, H. M., & Iacono, W. G. (2004). Schizophrenia: A neurodevelopmental perspective. In T. F. Oltmans & R. E. Emery (Eds.), *Current Directions in Abnormal Psychology* (pp. 122–129). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Consumer Reports. (1995, November). Mental health: Does therapy help? 734–739.
- Conrada, R. J., Ashmore, R. D., Gary, M. L., Coups, E., Egeth, J. D., Sewell, A., . . . Chasse, V. (2000). Ethnicity-related sources of stress and their effects on well-being. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 136–139.
- Cook, M., Mineka, S., Wolkenstein, B., & Laitsch, K. (1985). Observational conditioning of snake fear in unrelated rhesus monkeys. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 591–610.
- Cooper, R., Cutler, J., Desvignes-Nickens, P., Fortmann, S. P., Friedman, L., Havlik, R., . . . Thom, T. (2000). Trends and disparities in coronary heart disease, stroke, and other cardiovascular diseases in the United States. *Circulation*, 102, 3137–3147.
- Cowan, P., & Cowan, P. A. (1988). Changes in marriage during the transition to parenthood. In G. Y. Michaels & W. A. Goldberg (Eds.), *The transition to parenthood: Current theory and research*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Coyne, J. C., Burchill, S. A. L., & Stiles, W. B. (1991). An interactional perspective on depression. In C. R. Snyder & D. O. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 327–349). New York, NY: Pergamon Press.
- Coyne, K. J. C. (2001, February). Depression in primary care: Depressing news, exciting research opportunities. *APS Observer*, 14(2), 1, 18.
- Crandall, C. S., Preisler, J. J., & Aussprung, J. (1992). Measuring life event stress in the lives of college students: The Undergraduate Stress Questionnaire (USQ). *Journal of Behavioral Medicine*, 15(6), 627–662.
- Crocker, J., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96, 608–630.
- Crohan, S. E., Antonucci, T. C., Adelman, P. K., & Coleman, L. M. (1989). Job characteristics and well-being at mid-life. *Psychology of Women Quarterly*, 13, 223–235.
- Cromwell, R. L. (1993). Searching for the origins of schizophrenia. *Psychological Science*, 4, 276–279.
- Crossley, N. A., Mechelli, A., Scott, J., Carletti, F., Fox, P. T., McGuire, P., & Bullmore, E. T. (2014). The hubs of the human connectome are generally implicated in the anatomy of brain disorders. *Brain*, 137(Pt 8), 2382–95. doi: 10.1093/brain/awu132
- Crowell, T. A. (2002). Neuropsychological findings in combat-related posttraumatic stress disorder. *Clinical Neuropsychologist*, 16, 310–321.
- Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11, 126. doi: 10.1186/1741-7015-11-126
- Cynkar, A. (2007b, May). Demand a seat: Speak up about evidence-based practice to ensure public access to quality mental health care, SLC panelists advised. *Monitor on Psychology*, 38(5), 38–39.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York, NY: Harper & Row.
- D'Mello, M. J., Ross, S. A., Briel, M., Anand, S. S., Gerstein, H., & Pare, G. (2015). Association between shortened leukocyte telomere length and cardio-metabolic outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Circulation: Cardiovascular Genetics*, 8(1), 82–90.
- Daley, K. C. (2004). Update on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Opinion in Pediatrics*, 16, 217–226.
- Danion, J., Rizzo, L., & Bruant, A. (1999). Functional mechanisms underlying impaired recognition memory and conscious awareness in patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 56, 639–644.
- Danner, D. D., Snowdon, D. A., & Friesen, W. V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804–813.
- Davidson, R. J. (1992a). Anterior cerebral asymmetry and the nature of emotion. *Brain and Cognition*, 20, 125–151.
- Davidson, R. J. (1992b). Emotion and affective style: Hemispheric substrates. *Psychological Science*, 3, 39–43.
- Davidson, R. J. (2000a). Affective neuroscience. Address given at the American Psychological Association's annual convention, Washington, DC.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561–574.
- Davison, K. P., Pennebaker, J. W., & Dickerson, S. S. (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist*, 55, 205–217.
- Daw, J. (2001, June). The Ritalin debate. *Monitor on Psychology*, 32(6), 64–65.
- Dawkins, K., Lieberman, J. A., Lebowitz, B. D., & Hsiao, J. K. (1999). Antipsychotics: Past and future. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 395–405. [Lásd még: Gitlin, 1990; Holmes, 2001; Kane & Marder, 1993.]
- DeAngelis, T. (2002a, June). A bright future for PNI. *Monitor on Psychology*, 46–50.
- DeAngelis, T. (2005, November). Where psychotherapy meets neuroscience. *Monitor on Psychology*, 36(11), 72–73.
- DeAngelis, T. (2006, February). Promising new treatments for SAD. *Monitor on Psychology*, 37(2), 18–20.
- DeAngelis, T. (2008a, February). When do meds make the difference? *Monitor on Psychology*, 39(2), 48–53.
- DeAngelis, T. (2008b, October). One treatment for emotional disorders? Research suggests that a single protocol can successfully treat all anxiety and mood disorders. *Monitor on Psychology*, 39(9), 26–27.
- DeAngelis, T. (2010, June). Closing the gap between practice and research: Two efforts are addressing the reasons practitioners may not always use research findings. *Monitor on Psychology*, 41, 42–45.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., . . . Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409–416.
- DeSalvo, L. (2000). *Writing as a way of healing: How telling our stories transforms our lives*. Boston, MA: Beacon Press.
- Devereux, G. (1981). *Mohave ethnopsychiatry and suicide: The psychiatric knowledge and psychic disturbances of an Indian tribe*. Bureau of American Ethnology Bulletin 175. Washington, DC: Smithsonian Institution.
- Devilly, G. J., Gist, R., & Cotton, P. (2006). Ready! Fire! Aim! The status of psychological debriefing and therapeutic interventions: In the work place and after disasters. *Review of General Psychology*, 10, 318–345.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34–43.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13, 81–84.
- Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L., & Diener, M. (1993). The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? *Social Indicators Research*, 28, 195–223.
- Dillard, A. J. (2007). Humor, laughter, and recovery from stressful experiences. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(5-B) 3432.
- Dishman, R. K. (1988). Overview. In R. K. Dishman (Ed.), *Exercise adherence: Its impact on public health*. Champaign IL: Human Kinetics. doi: 10.1016/j.bbi.2008.11.006
- Dittmann, M. (2005, July/August). When health fears hurt health. *Monitor on Psychology*, 36(7), 100–103.
- Dobbs, D. (2006a). A revealing reflection. *Scientific American Mind*, 17(2), 22–27.
- Dobbs, D. (2006b, August/September). Turning off depression. *Scientific American*, 17(4), 26–31.
- Dohrenwend, B. P., & Shrout, P. E. (1985). „Hassles” in the conceptualization and measurement of life stress variables. *American Psychologist*, 40, 780–785.
- Doka, K. J. (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrows*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Dore, B., Ort, L., Braverman, O., & Ochsner, K. N. (2015). Sadness shifts to anxiety over time and distance from the national tragedy in Newtown, Connecticut. *Psychological Science*. doi: 10.1177/0956797614562218
- Downey, T. (2004). *The last men out: Life on the edge at Rescue 2 Firehouse*. New York, NY: Henry Holt and Co.
- Doyle, R. (2002a). Deinstitutionalization: Why a much maligned program still has life. *Scientific American*, 287, 38.
- Draguns, J. (1980). Psychological disorders of clinical severity. In H. Triandis & J. Draguns (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology*, Vol. 6: *Psychopathology* (pp. 99–174). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Dykema, J., Bergbower, K., & Peterson, C. (1995). Pessimistic explanatory style, stress, and illness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 357–371.
- Edwards, K. J., Hersherberger, P. J., Russell, R. K., & Markert, R. J. (2001). Stress, negative social exchange, and health symptoms in university students. *Journal of American College Health*, 50, 75–86.
- Eich, E., Macaulay, D., Loewenstein, R. J., & Dible, P. H. (1997). Memory, amnesia, and dissociative identity disorder. *Psychological Science*, 8, 417–422.
- Eisler, R., & Levine, D. S. (2002). Nurture, nature, and caring: We are not prisoners of our genes. *Brain and Mind*, 3, 9–52.
- Elliott, G. R., & Eisdorfer, C. (Eds.). (1982). *Stress and human health: Analysis and implications of research (A study by the Institute of Medicine/National Academy of Sciences)*. New York, NY: Springer.
- Ellis A. (1990). *The essential Albert Ellis: Seminal writings on psychotherapy*. New York, NY: Springer.
- Ellis, A. (1987). *The practice of rational emotive therapy (RET)*. New York, NY: Springer.
- Ellis, A. (1996). *Better, deeper, and more enduring brief therapy: The rational emotive behavior therapy approach*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Elzamzamy, K., & Patel, S. (2015, March). *Muslim historical contributions to psychological theories and treatment*. Poster session presented at the seventh annual Muslim Mental Health conference, Dearborn, MI. Letöltve: https://www.academia.edu/11814393/Muslim_Historical_Contributions_to_Psychological_Theories_and_Treatment
- Ennis, M., Kelly, K. S., & Lambert, P. L. (2001). Sex differences in cortisol excretion during anticipation of a psychological stressor: Possible support for the tend-and-befriend hypothesis. *Stress and Health*, 17, 253–261.
- Epel, E. S., Blackburn, E. H., Lin, J., Dhabhar, F. S., Adler, N. E., Morrow, J. D., & Cawthon, R. M. (2004, December 7). Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101, 17312–17315.
- Evans, G. W., Bullinger, M., & Hygge, S. (1998). Chronic noise exposure and physiological response: A prospective study of children living under environmental stress. *Psychological Science*, 9, 75–77.
- Ezzell, C. (2003, February). Why??? The neuroscience of suicide. *Scientific American*, 288, 45–51. [Lásd még: Hirschfeld & Goodwin, 1988; Nemeroff, 1998.]
- Farina, A., Fischer, E. H., Boudreau, L. A., & Belt, W. E. (1996). Mode of target presentation in measuring

- the stigma of mental disorder. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 2147–2156.
- Faulkner, M. (2001). The onset and alleviation of learned helplessness in older hospitalized people. *Aging and Mental Health*, 5, 379–386.
- Field, T., Diego, M., Pelaez, M., Deeds, O., & Delgado, J. (2010). Breakup distress and loss of intimacy in university students. *Psychology*, 1, 173–177.
- Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Fishman, H. C. (1993). *Intensive structural therapy: Treating families in their social context*. New York, NY: Basic Books.
- Foley, V. D. (1979). Family therapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (2nd ed., pp. 460–469). Itasca, IL: Peacock.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219–239.
- Frankl, V. (1959/2014). *Man's search for meaning*. Boston, MA: Beacon Press.
- Fredrickson, B. L., Maynard, K. E., Helms, M. J., Haney, T. L., Siegler, I. C., & Barefoot, J. C. (2000). Hostility predicts magnitude and duration of blood pressure response to anger. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 229–243.
- French, J. R. P., Jr., Rodgers, W., & Cobb, S. (1974). Adjustment as person-environment fit. In G. V. Coelho, D. A. Hamburg, & J. E. Adams (Eds.), *Coping and adjustment* (pp. 316–333). New York, NY: Basic Books.
- Freud, S. (1957). *A general introduction to psychoanalysis*. New York, NY: PermaBooks. (J. Riviere, Trans. Original work published 1920 by Horace Liveright.)
- Friedman, M., & Rosenman, R. F. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York, NY: Knopf.
- Friedman, M., & Ulmer, D. (1984). *Treating Type A behavior – and your heart*. New York, NY: Knopf.
- Frith, U. (1993, June). Autism. *Scientific American*, 268, 108–114.
- Frith, U. (1997). Autism. *Scientific American* [Special Issue: *The Mind*], 7(1), 92–98.
- Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E. (1991). Gender differences in dysphoria and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 427–434.
- Gainetdinov, R. R., Wetsel, W. C., Jones, S. R., Levin, E. D., Jaber, M., & Caron, M. G. (1999). Role of serotonin in the paradoxical calming effect of psychostimulants on +10-2hyperactivity. *Science*, 283, 397–401. [Lásd még: Barkley, 1998; Wu, 1998.]
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., ... Kilpatrick, D. (2003). Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11th terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158, 514–524.
- George, M. S. (2003, September). Stimulating the brain. *Scientific American*, 289(3), 67–73. [Lásd még: George et al., 1999; Helmuth, 2001b; Travis, 2000b; Wassermann & Lisanby, 2001.]
- George, M. S., Taylor, J. J., & Short, E. B. (2013). The expanding evidence base for rTMS treatment of depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(1), 13–18. doi:10.1097/YCO.0b013e32835ab46d
- Gernsbacher, M. A., Dawson, M., & Goldsmith, H. H. (2005). Three reasons not to believe in an autism epidemic. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 55–58.
- Gilbert, K. R. (1996). „We've had the same loss, why don't we have the same grief?” Loss and differential grief in families. *Death Studies*, 20, 269–283.
- Gilmore, T. M., Baucum, D. H., Kirby, J. S., Porter, L. S., Atkins, D. C., & Keefe, F. J. (2011). Stress buffering effects of daily spousal support on women's daily emotional and physical experiences in the context of breast cancer concerns. *Health Psychology*, 30, 20–30.
- Gittrich, G. (2003, May 27). Trauma aid in limbo: Millions unspent as relative few seek counseling. *New York Daily News*, 8.
- Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., & Mayberg, H. (2004). Modulation of corticallimbic pathways in major depression: Treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 61, 34–41.
- Gottesman, I. I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. New York, NY: Freeman.
- Gottesman, I. I. (2001). Psychopathology through a life span-genetic prism. *American Psychologist*, 56, 867–878.
- Gottlieb, B. H. (1987). Marshalling social support for medical patients and their families. *Canadian Psychology*, 28, 201–217.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce?: The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Gould, E., Tanapat, P., McEwen, B. S., Flugge, G., & Fuchs, E. (1998). Proliferation of granule cell precursors in the dentate gyrus of adult monkeys is diminished by stress. *Proceedings of the National Academy of Science*, 99, 3168–3171.
- Grace, A. A. (2010). Ventral hippocampus, interneurons, and schizophrenia: A new understanding of the pathophysiology of schizophrenia and its implications for treatment and prevention. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 232–237.
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 531–548.
- Gross, A. E., & Psaki, J. (2004, June 25). *Venting: Its role in mediation*. Annual Conference, Association for Conflict Resolution of Greater New York, Columbia Law School.
- Grossman, C. L. (2011, March 15). Japanese look to ancient traditions for strength. *USA Today*.
- Gur, R. E., & Maany, V. (1998). Subcortical MRI volumes in neuroleptic-naïve and treated patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1711–1718.
- Gutman, A. R. (2006, January 5). Deep brain stimulation for treatment-resistant depression: An expert interview with Helen S. Mayberg, MD. Letöltve: www.Medscape.com/viewarticle/520659
- Guyl, M., & Contrada, R. J. (1998). Trait hostility and ambulatory cardiovascular activity: Responses to social interaction. *Health Psychology*, 17, 30–39.
- Halberstam, D. (2002). *Firehouse*. New York, NY: Hyperion.
- Hall, M. J., Norwood, A. E., Ursano, R. J., Fullerton, C. S., & Levinson, C. J. (2002). Psychological and behavioral impacts of bioterrorism. *PTSD Research Quarterly*, 13, 1–2.
- Harmer, C. J., O'Sullivan, U., Favaron, E., Massey-Chase, R., Ayres, R., Reinecke, A., ... Cowen, P. J. (2009, October). Effect of acute antidepressant administration on negative affective bias in depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1178–1184. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020149>
- Harmer, C. J., Pariante, C. M. (2012, July 18). *How antidepressants work*. British Association for Psychopharmacology. Letöltve: <http://www.bap.org.uk/publicinformationitem.php?publicinfoID=14>
- Harvey, J. H. (1996). *Embracing their memory: Loss and the social psychology of storytelling*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Harvey, J. H., & Hofmann, W. J. (2001). Teaching about loss. *Journal of Loss and Trauma*, 6, 263–268.
- Harvey, J. H., & Pauwels, B. G. (1999). Recent developments in close-relationships theory. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 93–95.
- Harvey, J. H., Weber, A. L., & Orbuch, T. L. (1990). *Interpersonal accounts: A social psychological perspective*. Cambridge, MA: Basil Blackwell.
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005, October). Epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1097–1106. Letöltve: <http://archpsyc.amaassn.org/cgi/reprint/62/10/1097>
- Headey, B., & Wearing, A. (1992). *Understanding happiness: A theory of well-being*. Melbourne, Australia: Longman Cheshire.
- Hébert, R. (2006, October). We love to be scared on Halloween but fears and phobias are no laughing matter. *APS Observer*, 19(10), 14–19.
- Hecht, A. (1986, April). A guide to the proper use of tranquilizers. *Healthline Newsletter*, 5-6.
- Helmuth, L. (2001b, March 16). Dyslexia: Same brains, different languages. *Science*, 291, 2064–2065.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568–1578.
- Higgins, J. W., Williams, R. L., & McLaughlin, T. F. (2001). The effects of a token economy employing instructional consequences for a third-grade students with learning disabilities: A data-based case study. *Education and Treatment of Children*, 24, 99–106. [Lásd még: Corrigan, 1995; Le Blanc et al., 2000; Morisse et al., 1996.]
- Hiroto, D. S. (1974). Locus of control and learned helplessness. *Journal of Experimental Psychology*, 102, 187–193.
- Hirschfeld, L. A. (1996). *Race in the making: Cognition, culture, and the child's construction of human kinds*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., Greenwald, D., DiBarry, A. L., Cooley, S., Ulrich, R. F., ... Flesher, S. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1504–1513.
- Holden, C. (2000, April 7). Global survey examines impact of depression. *Science*, 288, 39–40.
- Holden, C. (2003, January 17). Deconstructing schizophrenia. *Science*, 299, 333–335. [Lásd még: Lencer et al., 2000; Plomin et al., 1994.]
- Holden, C. (2005, June 10). Sex and the suffering brain. *Science*, 308, 1574–1577. [Lásd még: Leutwyler, 1995; Strickland, 1992; Weissman et al., 1996.]
- Holden, C. (2008, July 11). Poles apart. *Science*, 321, 193–195.
- Hollander, E. M. (2004). Am I all right? *Journal of Loss and Trauma*, 9, 201–204.
- Hollon, S. D. (1996). The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medications. *American Psychologist*, 51, 1025–1030.
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002, November). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 39–77.
- Holloway, J. D. (2003, December). Snapshot from the therapy room. *Monitor on Psychology*, 34(11), 31.
- Holmes, D. S. (2001). *Abnormal psychology* (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon. [Lásd még: Linsheid et al., 1990; Lovaas, 1977; Lovaas et al., 1974.]
- Holmes, T. H., & Masuda, M. (1974). Life change and stress susceptibility. In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events: Their nature and effects* (pp. 45–72). New York, NY: Wiley.
- Holmes, T. H. (1979). Development and application of a quantitative measure of life change magnitude. In J. E. Barrett, R. M. Rose, & G. L. Klerman (Eds.), *Stress and mental disorder*. New York, NY: Raven.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.
- Holtzman, W. H. (1992). Health psychology. In M. A. Rosenzweig (Ed.), *International psychological science* (pp. 199–226). Washington, DC: American Psychological Association.
- Holtzworth-Munroe, A., & Jacobson, N. S. (1985). Causal attributions of marital couples: When do they search for causes? What do they conclude when they do? *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1398–1412.
- Horowitz, M. J. (1997). *Stress response syndromes: PTSD, grief, and adjustment disorders* (3rd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.

- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561–573.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540–545.
- Iacono, W. G., & Grove, W. M. (1993). Schizophrenia reviewed: Toward an integrative genetic model. *Science*, 261, 273–276.
- Ikedo, A., Schwartz, J., Peters, J. L., Baccarelli, A. A., Hoxha, M., Dioni, L., . . . Kubzansky, L. D. (2014). Pessimistic orientation in relation to telomere length in older men: the VA normative aging study. *Psychoneuroendocrinology*, 42, 68–76.
- Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Insel, T. (2013, April 29). *Director's blog: Transforming diagnosis*. Letöltve: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Insel, T. R. (2007, August 10). Shining light on depression. *Science*, 317, 757–758.
- Insel, T. R. (2010, April). Faulty circuits. *Scientific American*, 302(4), 44–51.
- Iwamoto, K., & Kato, T. (2009). Epigenetic profiling in schizophrenia and major mental disorders. *Neuropsychobiology*, 60, 5–11. doi: 10.1159/000234811 Letöltve: <http://www.karger.com/Article/Pdf/234811>
- Jablensky, A. (2000). Epidemiology of schizophrenia: The global burden of disease and disability. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 250, 274–283.
- Jacobs, B. L. (2004). Depression: The brain finally gets into the act. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 103–106.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). Studying the effectiveness of psychotherapy: How well can clinical trials do the job? *American Psychologist*, 51, 1031–1039.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351–355.
- Jaffe, E. (2006, March). Opening Skinner's Box causes controversy. *APS Observer*, 19(3), 17–19.
- Janoff-Bulman, R. (1989). The benefits of illusions, the threat of disillusionment, and the limitations of inaccuracy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 158–175.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York, NY: The Free Press.
- Janoff-Bulman, R., & Frantz, C. M. (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In M. Power & C. R. Brewin (Eds.), *The Transformation of meaning in psychological therapies* (pp. 91–106). New York, NY: Wiley.
- Javitt, D. C., & Coyle, J. T. (2004). Decoding schizophrenia. *Scientific American*, 290, 48–55.
- Jenkins, J. H., & Barrett, R. J., (Eds.). (2004). *Schizophrenia, culture, and subjectivity: The edge of experience*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Jick, H., Kaye, J. A., & Jick, S. S. (2004, July 21). Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 292, 338–343.
- Jobe, T. H., & Harrow, M. (2010). Schizophrenia course, longterm outcome, recovery, and prognosis. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 220–225.
- Johnson, J. H., & Sarason, I. B. (1979). Recent developments in research on life stress. In V. Hamilton & D. M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach* (pp. 205–233). Chichester, UK: Wiley.
- Johnson, M. (1991). Selye's stress and the body in the mind. *Advances in Nursing Science*, 7, 38–44.
- Joiner, T. E., Jr., & Schmidt, N. B. (1995). Dimensions of perfectionism, life stress, and depressed and anxious symptoms: Prospective support for diathesis-stress but not specific vulnerability among male undergraduates. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 165–183.
- Jones, M. C. (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308–315.
- Kabot, S., Masi, W., & Segal, M. (2003). Advances in the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 26–33.
- Kagan, J. (2001). Temperamental contributions to affective and behavioral profiles in childhood. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 216–234). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological basis of childhood shyness. *Science*, 20, 167–171.
- Kagan, J., Snidman, N., Arcus, D., & Reznick, J. S. (1994). *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. New York, NY: Basic Books.
- Karlsen, C. F. (1998). *The devil in the shape of a woman: Witchcraft in colonial New England*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Karlsdottir, K. H., Sun, D., & Cannon, T. D. (2010). Structural and functional brain abnormalities in schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 226–231. [Lásd még: Sawa & Snyder, 2002.]
- Kato, T., Iwamoto, K., Kakiuchi, C., Kuratomi, G., & Okazaki, Y. (2005). Genetic or epigenetic difference causing discordance between monozygotic twins as a clue to molecular basis of mental disorders. *Molecular Psychiatry* 10, 622–630. Letöltve: <http://www.nature.com/mp/journal/v10/n7/full/4001662a.html>
- Kazdin, A. E. (1994). *Behavior modification in applied settings* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146–159.
- Kazdin, A. E., & Blase (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 21–37.
- Keidel, G. C. (2002). Burnout and depression among hospice caregivers. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 19, 200–205.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., . . . Zajecka, J. (2000, May 18). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342, 1462–1470.
- Kelley, J. E., Lumley, M. A., & Leisen, J. C. C. (1997). Health effects of emotional disclosure in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 16, 331–340.
- Kemeny, M. E. (2003). The psychobiology of stress. *Current Directions*, 12, 124–129.
- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60, 789–796.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., . . . Wang, P. S. (2003, June). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095–3105.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1987). Psychosocial moderators of immune function. *Annals of Behavioral Medicine*, 9, 16–20.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (2001). Stress and immunity: Age enhances the risks. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 18–21.
- Kieseppa, T., Partonen, T., Haukka, J., Kaprio, J., & Lonnqvist, J. (2004). High concordance of bipolar I disorder in a nationwide sample of twins. Letöltve: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/161/10/1814>
- Kiesler, C. A. (1982). Mental hospitals and alternative care: Noninstitutionalization as potential public policy for mental patients. *American Psychologist*, 37, 349–360.
- Kiesler, C. A. (1993). Mental health policy and mental hospitalization. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 93–95.
- Kinetz, E. (2006, September 26). Is hysteria real? Brain images say yes. *New York Times*. Letöltve: www.nytimes.com/2006/09/26/science/26hysteria.html?pagewanted=1&sq=Is%20hysteria%20real?&st=nyt&scp=1
- Klag, M. J., Whelton, P. K., Grim, C. E., & Kuller, L. H. (1991). The association of skin color with blood pressure in U.S. blacks with low socioeconomic status. *Journal of the American Medical Association*, 265, 599–602.
- Kleinman, A., & Cohen, A. (1997). Psychiatry's global challenge. *Scientific American*, 276(3), 86–89.
- Kobasa, S. O., Hilker, R. R., & Maddi, S. R. (1979). Who stays healthy under stress? *Journal of Occupational Medicine*, 21, 595–598.
- Kohn, S. J., & Smith, G. C. (2003). The impact of downward social comparison processes on depressive symptoms in older men and women. *Ageing International*, 28, 37–65.
- Kopta, S. M., Lueger, R. J., Saunders, S. M., & Howard, K. I. (1999). Individual psychotherapy outcome and process research: Challenges leading to greater turmoil or a positive transition? *Annual Review of Psychology*, 50, 441–469.
- Kramer, P. D. (1993). *Listening to Prozac: A psychiatrist explores antidepressant drugs and the remaking of the self*. New York, NY: Viking.
- Krantz, D. S., Grunberg, N. E., & Baum, A. (1985). Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 36, 349–383.
- Kuiper, N. A., Martin, R. A., & Olinger, L. J. (1993). Coping humor, stress, and cognitive appraisals. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25(1), 81–96.
- Lachman, M. E., & Weaver, S. L. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 763–773.
- Lambo, T. A. (1978). Psychotherapy in Africa. *Human Nature*, 1(3), 32–39.
- Lang, P. J., & Lazovik, D. A. (1963). The experimental desensitization of a phobia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 519–525.
- Larson, E. B., Wang, L., Bowen, J. D., McCormick, W. C., Teri, L., Crane, P., & Kukuli, W. (2006). Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of Internal Medicine*, 144, 73–81.
- Lazarus, R. S. (1981, July). Little hassles can be hazardous to your health. *Psychology Today*, 58–62.
- Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124–129.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. London, UK: Free Association Press.
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40, 770–779.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York, NY: Simon & Schuster. [Lásd még: Barinaga, 1996; Singer, 1995.]
- Lee, I. M. (2003). Physical activity and cancer prevention – data from epidemiologic studies. *Medi-*

- cine and Science in Sports and Exercise, 35(11), 1823–1827.
- Lefcourt, H. M. (2000). *Humor: The psychology of living buoyantly*. Kluwer.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2014). Interventions to prevent and alleviate burnout. In M. P. Leiter, A. B. Bakker, & C. Maslach (Eds.), *Burnout at work: A psychological perspective* (pp. 145–167). London, England: Psychology Press.
- Lensing, V. (2001). Grief support: The role of funeral service. *Journal of Loss and Trauma*, 6, 45–63.
- Levine, M., & Perkins, D. V. (1987). *Principles of community psychology: Perspectives and applications*. New York, NY: Oxford University Press.
- Lewinsohn, P. M., & Gotlib, I. H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. In E. E. Beckham, & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 352–375). New York, NY: Guilford Press.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., & Andrews, J. A. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385–401.
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 322–334.
- Lewy, A. J., Lefler, B. J., Emens, J. S., & Bauer, V. K. (2006). The circadian basis of winter depression. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103, 7414–7419. [Lásd még: Wehr & Rosenthal, 1989.]
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Schwartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., . . . Hsiao, J. K. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353, 1209–1223.
- Liem, R., & Rayman, P. (1982). Health and social costs of unemployment: Research and policy considerations. *American Psychologist*, 37, 1116–1123.
- Light, K. C., Grewen, K. M., & Amico, J. A. (2005). More frequent partner hugs and higher oxytocin levels are linked to lower blood pressure and heart rate in premenopausal women. *Biological Psychology*, 69, 5–21.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 53–70. doi:10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x.
- Lilienfeld, S. O., & Arkowitz, H. (2009, November/December). Foreign afflictions: Do psychological disorders differ across cultures? *Scientific American Mind*, 20(6), 68–69.
- Lilienfeld, S. O., & Arkowitz, H. (2014, May 1). The truth about shock therapy. *Scientific American Mind*. Letöltve: <http://www.scientificamerican.com/article/the-truth-about-shock-therapy/>
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181–1209.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- Luhrmann, T. M., Padmavati, R., Tharoor, H., & Osei, A. (2015). Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: interview-based study. *British Journal of Psychiatry*, 206(1), 41–44. doi: 10.1192/bjp.bp.113.139048
- Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science*, 7, 186–189.
- Lyubomirsky, S. (2007). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York, NY: Penguin Press.
- Maccoby, N., Farquhar, J. W., Wood, P. D., & Alexander, J. K. (1977). Reducing the risk of cardiovascular disease: Effects of a community-based campaign on knowledge and behavior. *Journal of Community Health*, 3, 100–114.
- Maddi, S. R. (1987). Hardiness training at Illinois Bell Telephone. In J. P. Opatz (Ed.), *Health promotion evaluation* (pp. 101–115). Stevens Point, WI: National Wellness Institute.
- Maddi, S. R. (2002). The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research and practice. *Consulting Psychology Journal*, 54, 173–185.
- Maddi, S. R., & Kobasa, S. C. (1984). *The hardy executive: Health under stress*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Maddi, S. R., Harvey, R. H., Khoshaba, D. M., Fazel, M., & Resurreccion, N. (2009). Hardiness training facilitates performance in college. *Journal of Positive Psychology*, 4, 566–577.
- Maddi, S. R., Kahn, S., & Maddi, K. L. (1998). The effectiveness of hardiness training. *Consulting Psychology Journal*, 50, 78–86.
- Maher, B. A., & Maher, W. B. (1985). Psychopathology: II. From the eighteenth century to modern times. In G. A. Kimble & K. Schlesinger (Eds.), *Topics in the history of psychology* (Vol. 2, pp. 295–329). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Maier, S. F., & Watkins, L. R. (1999). Bidirectional communication between the brain and the immune system: Implications for behaviour. *Animal Behaviour*, 57, 741–751.
- Maier, S. F., & Watkins, L. R. (2000). The immune system as a sensory system: Implications for psychology. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 98–102.
- Makin, S. (2014, January/February). A unified theory of depression. *Scientific American Mind*, 25(1), 14.
- Malitz, S., & Sackheim, H. A. (1984). Low dosage ECT: Electrode placement and acute physiological and cognitive effects. *American Journal of Social Psychiatry*, 4, 47–53.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- Martin, G., & Pear, J. (1999). *Behavior modification: What it is and how to do it* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2005). Stress and burnout: The critical research. In C. L. Cooper (Ed.), *Handbook of stress medicine and health* (2nd ed., pp. 153–170). Boca Raton, FL: CRC Press LLC.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498–512.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227–238.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807–817.
- Matossian, M. K. (1982). Ergot and the Salem witchcraft affair. *American Scientist*, 70, 355–357.
- Matossian, M. K. (1989). *Poisons of the past: Molds, epidemics, and history*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Matsumoto, D. (1996). *Culture and psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. [Lásd még: Jenkins, 1994; Manson, 1994.]
- Matthews, K. A. (1982). Psychological perspectives on the Type-A behavior pattern. *Psychological Bulletin*, 91, 293–323.
- Matthews, K. A., Woodall, K. L., Kenyon, K., & Jacob, T. (1996). Negative family environment as a predictor of boys' future status on measures of hostile attitudes, interview behavior, and anger expression. *Health Psychology*, 15, 30–37.
- Mayberg, H. S. (2006). Defining neurocircuits in depression. *Psychiatric Annals*, 36, 259–268.
- Mayberg, H. S. (2009). Targeted electrode-based modulation of neural circuits for depression. *Journal of Clinical Investigation*, 119, 717–725. Letöltve: www.jci.org/articles/view/38454
- Mayberg, H. S., Lozano, A. M., Voon, V., McNeely, H. E., Seminowicz, D., Hamani, C., . . . Kennedy, S. H. (2005, March 3). Deep brain stimulation for treatment-resistant depression. *Neuron*, 45, 651–660.
- Mbadiwe, T., & Millis, R. M. (2013). Epigenetics and autism. *Autism Research and Treatment*, 2013, 826156. doi:10.1155/2013/826156
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131–149.
- McGuire, P. A. (2000, February). New hope for people with schizophrenia. *Monitor on Psychology*, 31(2), 24–28.
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., Feldman, K., Wolfe, R., & Pascaris, A. (2007). Cognitive training for supported employment: 2–3 year outcomes of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164, 437–441. [Lásd még: Butcher et al., 2008.]
- McIntosh, D. N., Silver, R. C., Wortman, C. B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 812–821.
- McNally, R. J. (1994, August). Cognitive bias in panic disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 129–132.
- McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(2), 45–79. doi: 10.1111/1529-1006.01421.
- Meichenbaum, D. H., & Cameron, R. (1974). The clinical potential and pitfalls of modifying what clients say to themselves. In M. J. Mahoney & C. E. Thoreson (Eds.), *Self-control: Power to the person* (pp. 263–290). Monterey, CA: Brooks-Cole.
- Meltzoff, J., & Kornreich, M. (1970). *Research in psychotherapy*. New York, NY: Atherton.
- Mercado, C. C. (2006, November). Expert testimony in insanity cases. *Monitor on Psychology*, 37(10), 58.
- Meredith, N. (1986, June). Testing the talking cure. *Science*, 86, 7, 30–37.
- Meredith, N. (1986, June). Testing the talking cure. *Science*, 86, 7, 30–37.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., . . . Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241–251. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.12.
- Meyers, L. (2006, November). Medicate or not? An APA working group reports on use of medications when treating children. *Monitor on Psychology*, 37(10), 24–25.
- Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Wisniewski, S. R., Kogan, J. N., . . . Sachs, G. S. (2007). Psychosocial treatments for bipolar depression: A 1-year randomized trial from the systematic treatment enhancement program. *Archives of General Psychiatry*, 64, 419–426.
- Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Wisniewski, S. R., Kogan, J. N., . . . Sachs, G. S. (2007). Psychosocial treatments for bipolar depression: A 1-year randomized trial from the systematic treatment enhancement program. *Archives of General Psychiatry*, 64, 419–426.
- Miller, G. (2005, May 13). Reflecting on another's mind. *Science*, 308, 945–946.
- Miller, G. (2006c, January 27). The unseen: Mental illness's global toll. *Science*, 311, 458–461.
- Miller, N. E. (1983). Behavioral medicine: Symbiosis between laboratory and clinic. *Annual Review of Psychology*, 34, 1–31.
- Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61, 10–26.
- Mineka, S., Davidson, M., Cook, M., & Keir, R. (1984). Observational conditioning of snake fear in rhesus

- monkeys. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 355–372.
- Mobbs, D., Petrovic, P., Marchant, J. L., Hassabis, D., Weiskopf, N., Seymour, B., . . . Frith, C. D. (2007, August 24). When fear is near: Threat imminence elicits prefrontal-periaqueductal gray shifts in humans. *Science*, 317, 1079–1083. [Lásd még: Barlow, 2000, 2001; Maren, 2007.]
- Monroe, S. M., & Reid, M. W. (2009). Life stress and major depression. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 68–72.
- Moran, J. M., Wig, G. S., Adams, R. B., Jr., Janata, P., & Kelley, W. M. (2002). Neural correlates of humor detection and appreciation. *Neuroimage*, 21, 1055–1060.
- Mowrer, O. H., & Mowrer, W. M. (1938). Enuresis – a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436–459.
- Moyer, M. W. (2011, May/June). Obsessions revisited. *Scientific American Mind*, 37–41.
- MTA Cooperative Treatment Group. (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 113, 754–761.
- Mueser, K. T., & McGurk, S. R. (2004, June 19). Schizophrenia. *Lancet*, 363, 2063–2072. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16458-1
- Munoz, R. F., Beardslee, W. R., & Leykin, Y. (2012, May–June). Major depression can be prevented. *American Psychologist*, 67(4), 285–295. http://dx.doi.org/10.1037/a0027666
- Munroe, R. L. (1955). *Schools of psychoanalytic thought*. New York, NY: Dryden.
- Munsey, C. (2007). Armor for the mind. *Monitor on Psychology*, 38.
- Murphy, D. L., Timpano, K. R., Wheaton, M. G., Greenberg, B. D., & Miguel, E. C. (2010). Obsessive-compulsive disorder and its related disorders: a reappraisal of obsessive-compulsive spectrum concepts. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(2), 131–148.
- Murphy, J. M. (1976, March 12). Psychiatric labeling in crosscultural perspective. *Science*, 191, 1019–1028.
- Murray, B. (2002, June). Writing to heal. *APA Monitor*, 54–55.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56–67.
- Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10–19.
- Myers, R. S., & Roth, D. L. (1997). Perceived benefits of and barriers to exercise and stage of exercise adoption in young adults. *Health Psychology*, 16, 277–283.
- Napier, A. Y. (2000). Making a marriage. In W. C. Nichols, M. A. Pace-Nichols, D. S. Becvar, & A. Y. Napier (Eds.), *Handbook of family development and intervention* (pp. 145–170). New York, NY: Wiley.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2003, December 22). *Mental illness genetics among science's top "breakthroughs" for 2003*. 2008. február 6-ai letöltés: www.nimh.nih.gov/science-news/2003/mental-illness-genetics-among-science-stop-breakthroughs-for-2003.shtml [Lásd még: Plomin, 2003.]
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2005, April 21). *Brain scans reveal how gene may boost schizophrenia risk*. Letöltve: www.nimh.nih.gov/science-news/2005/brain-scans-reveal-how-gene-may-boost-schizophrenia-risk.shtml
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2006, January). *Statistics. Questions and answers about the NIMH sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D) study – Background*. Letöltve: www.nimh.nih.gov/health/trials/practical/stard/questions-and-answers-about-the-nimh-sequenced-treatment-alternatives-to-relieve-depression-stard-study-background.shtml
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2010a). *Major depressive disorder among adults*. Letöltve: www.nimh.nih.gov/statistics/1MDD_ADULT.shtml
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2010b). *Statistics*. Letöltve: www.nimh.nih.gov/statistics/index.shtml
- National Public Radio. (2003a, August 19). Interview: Kenneth Kendler on study about severity of depression depends on the cause. *Morning Edition*.
- Neimark, J. (2005, October). Can the flu bring on psychosis? *Discover*, 26(10), 70–71.
- Neimark, J. (2007, April). Autism: It's not just in the head. *Discover*, 28(4), 33–36, 38, 75.
- Neimeyer, R. A. (1995). An invitation to constructivist psychotherapies. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A. (1999). Narrative strategies in grief therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 12, 65–85.
- Nemecsek, S. (1999, January). Unequal health. *Scientific American*, 280(1), 40–41.
- New York Times. (2011, Feb. 8). „9/11 Health and Environmental Issues.” (*Times Topics*).
- Niaura, R., Todaro, J. F., Stroud, L., Spiro, A. 3rd, Ward, K. D., & Weiss, S. (2002). Hostility, the metabolic syndrome, and incident coronary heart disease. *Health Psychology*, 21(6), 588–593.
- Nietzel, M. T., Speltz, M. L., McCauley, E. A., & Bernstein, D. A. (1998). *Abnormal psychology*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Nigg, J. T. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder: Endophenotypes, structure, and etiological pathways. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 24–29.
- Noble, K. G., Houston, S. M., Brito, N. H., Bartsch, H., Kan, E., Kuperman, J. M., . . . Sowell, E. R. (2015). Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nature Neuroscience*, 18(5), 773–778.
- Nobles, W. W. (1976). Black people in white insanity: An issue for black community mental health. *Journal of Afro-American Issues*, 4, 21–27.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 173–176.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400–424. [Lásd még: Law, 2005; Nolen-Hoeksema & Davis, 1999.]
- Norcross, J. C., Koocher, G. P., & Garofalo, A. (2006). Discredited psychological treatments and tests: A Delphi poll. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 515–522.
- Nordal, K. C. (2010, November). Where has all the psychotherapy gone? *Monitor on Psychology*, 41(10), 17.
- Novotney, A. (2008a, July–August). Get your clients moving: Ten tips to incorporate exercise into your treatment arsenal. *Monitor on Psychology*, 39(7), 68–69.
- Novotney, A. (2011a, June). A new emphasis on telehealth. *Monitor on Psychology*, 43(6), 40–44.
- Novotney, A. (2013, February). The therapist effect. *Monitor on Psychology*, 44(2), 49–51.
- Nowack, K. M. (1983). The relationship between stress, job performance, and burnout in college resident assistants. *Journal of College Student Personnel*, 24, 545–550.
- Nungesser, L. G. (1990). *Axioms for survivors: How to live until you say goodbye*. Santa Monica, CA: IBS Press.
- O'Connor, E. M. (2001, December). Medicating ADHD: Too much? Too soon? *Monitor on Psychology*, 32(11), 50–51.
- O'Donovan, A., Lin, J., Dhabhar, F. S., Wolkowitz, O., Tillie, J. M., Blackburn, E., & Epel, E. (2009). Pessimism correlates with leukocyte telomere shortness and elevated interleukin-6 in post-menopausal women. *Brain, Behavior, & Immunity*, 23, 446–449.
- Ohman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108, 483–522.
- Olfson, M., & Marcus, S. C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 167(12), 1456–1463. Letöltve: http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2010.10040570
- Ostow, M. (1973, April 27). (Untitled letter to the editor). *Science*, 180, 360–361. [Lásd még: other critiques of the Rosenhan study among other letters in the same issue.]
- Overmier, J. B. (2002). On learned helplessness. *Integrative Behavioral and Physiological Science*, 37, 4–8.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71–105.
- Parkes, C. M. (2001). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York, NY: Routledge.
- Patterson, J. M. (1985). Critical factors affecting family compliance with home treatment for children with cystic fibrosis. *Family Relations*, 34, 74–89.
- Paulesu, E. D., Demonet, J.-F., Fazio, F., McCrory, E., Chanoine, V., Brunswick, N., . . . Frith, U. (2001, March 16). Dyslexia: Cultural diversity and biological utility. *Science*, 291, 2165–2167.
- Paulus, J. (2007, April/May). Lithium's healing power. *Scientific American Mind*, 18(2), 70–75.
- Pavot, W., Diener, E., & Fujita, F. (1990). Extraversion and happiness. *Personality and Individual Differences*, 1, 1299–1306.
- Peluso, M. A. M., & Guerra de Andrade, L. H. S. (2005). Physical activity and mental health: The association between exercise and mood. *Clinics*, 60, 61–70.
- Pennebaker, J. W. (1990). *Opening up: The healing power of confiding in others*. New York, NY: William Morrow.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162–166.
- Pennebaker, J. W., & Harber, K. D. (1991, April). *Coping after the Loma Prieta earthquake: A preliminary report*. Paper presented at the Western Psychological Association Convention, San Francisco, CA.
- Perrin, M. A., DiGrande, L., Wheeler, K., Thorpe, L., Farfel, M., & Brackbill, R. (2007). Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1385–1394.
- Pilisuk, M., & Parks, S. H. (1986). *The healing web: Social networks and human survival*. Hanover, NH: University Press of New England.
- Pinto, R. M. (2003). The impact of secondary traumatic stress on novice and expert counselors with and without a history of trauma. *Dissertation Abstracts International, Section A: Humanities and Social Sciences*, 63, 3117.
- Piper, A., & Merskey, H. (2004a). The persistence of folly: A critical examination of dissociative identity disorder. Part I. The excesses of an improbable concept. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 592–600.
- Piper, A., & Merskey, H. (2004b). The persistence of folly: A critical examination of dissociative identity disorder. Part II. The defence and decline of multiple personality or dissociative identity disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 678–683.
- Pitman, G. E. (2003). Evolution, but no revolution: The „tend-and-befriend” theory of stress and coping. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 194–195.
- Plomin, R., Owen, M. J., & McGuffin, P. (1994). The genetic basis of complex human behaviors. *Science*, 264, 1733–1739.
- Pogue-Geile, M. F., & Yokley, J. L. (2010). Current research on the genetic contributors to schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 214–219.
- Pole, N., Best, S. R., Metzler, T., & Marmar, C. R. (2005). Why are Hispanics at greater risk for PTSD? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11, 144–161.
- Price, L. H., Kao, H. T., Burgers, D. E., Carpenter, L. L., & Tyrka, A. R. (2013, January 1). Telomeres and early life stress: An overview. *Biological Psychiatry*, 7 (1), 15–23.

Price, M. (2009, March). A pacemaker for your brain? *Monitor on Psychology*, 40(3), 36–39.

Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L., & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285–93.

Rabkin, J. G., & Struening, E. L. (1976). Life events, stress, and illness. *Science*, 194, 1013–1020.

Rachman, S. (2000). Joseph Wolpe (1915–1997). *American Psychologist*, 55, 431–432.

Rahe, R. H., & Arthur, R. J. (1978, March). Life change and illness studies: Past history and future directions. *Journal of Human Stress*, 3–15.

Ramachandran, V. S., & Oberman, L. M. (2006, November). Broken mirrors. *Scientific American*, 295(5), 62–69.

Rambo-Chroniak, K. M. (1999). Coping and adjustment in the freshman year transition. Nem publikált disszertáció, Northwestern University, Chicago, IL. (*Dissertation Abstracts International*, 59 [June], 12-A, 4378.)

Raphael, B. (1984). *The anatomy of bereavement: A handbook for the caring professions*. London, UK: Hutchinson.

Rapoport, J. L. (1989, March). The biology of obsessions and compulsions. *Scientific American*, 263, 83–89.

Rector, N. A., & Beck, A. T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 189, 278–287.

Resnick, S. M. (1992). Positron emission tomography in psychiatric illness. *Current Directions in Psychological Science*, 1, 92–98.

Ricardo, A. R. (2011, May 24). *Psychology from Islamic perspective*. Letöltve: http://islamic-world.net/index.php?option=com_content&view=article&id=675:psychology-from-islamic-perspective&catid=35:islamicpsychology&Itemid=67

Rickgarn, R. L. V. (1996). The need for postvention on college campuses: A rationale and case study findings. In C. A. Corr & D. E. Balk (Eds.), *Handbook of adolescent death and bereavement* (pp. 273–292). New York, NY: Springer Publishing.

Riessman, C. K., Whalen, M. H., Frost, R. O., & Morgenthau, J. E. (1991). Romance and help-seeking among women: „It hurts so much to care.” *Women and Health*, 17, 21–47.

Rioli, L. (2002). Resilience in the face of catastrophe: Optimism, personality and coping in the Kosovo crisis. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1604–1627.

Rizzolatti, G., Fogassi, L., & Gallese, V. (2006, November). Mirrors in the mind. *Scientific American*, 295(5), 54–61.

Robbins, J. (2000, April). Wired for sadness. *Discover*, 21(4), 77–81.

Roberts, S. B., Flannelly, K. J., Weaver, A. J., & Rigley, C. R. (2003). Compassion fatigue among chaplains, clergy, and other respondents after September 11th. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 756–758.

Robins, L. N., Locke, B. Z., & Regier, D. A. (1991). An overview of psychiatric disorders in America. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study*. New York, NY: Free Press.

Robison, J., & Rogers, M. A. (1994). Adherence to exercise programmes. *Sports Medicine*, 17, 39–52.

Rodin, J. (1986). Aging and health: Effects of the sense of control. *Science*, 233, 1271–1276.

Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533–579.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston, MA: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1982, July/August) Roots of madness. In T. H. Carr & H. E. Fitzgerald (Eds.), *Psychology 83/84* (pp. 263–267). Guilford, CT: Dushkin. (Originally published in *Science* 82, July/August, 1982).

Rolnick, J. (1998, December 4). Treating mental disorders: A neuroscientist says no to drugs. *The Chronicle of Higher Education*, A10.

Rosen, J. B., & Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105, 325–350.

Rosenhan, D. L. (1973, April 27). (Untitled letter to the editor). *Science*, 180, 360–361. [Lásd még: the critiques of Rosenhan's study among other letters in the same issue.]

Rosenhan, D. L. (1973a). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250–258.

Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. P. (1995). *Abnormal psychology* (3rd ed.). New York, NY: Norton.

Rosenheck, R. A., Leslie, D., L., Sindelar, J., Miller, E. A., Lin, H., Stroup, T. S., . . . Lieberman, J. (2006). Cost-effectiveness of second-generation antipsychotics and perphenazine in a randomized trial of treatment for chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2080–2089.

Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G. A., & Anderson, G. (1990). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *American Journal of Psychiatry*, 147, 596–601.

Ross, C. A., Norton, G. R., & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 413–418.

Rothbaum, F. M., Weisz, J. R., & Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5–37.

Rottenberg, J. (2014, January 31). An evolved view of depression. *The Chronicle Review*, B10–B12.

Rubin, G. J., Brewin, C. R., Greenberg, N., Simpson, J., & Wessely, S. (2005). Psychological and behavioural reactions to the bombings in London on 7 July 2005: Cross sectional survey of a representative sample of Londoners. *British Medical Journal*, 331, 606.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68–78.

Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23, 449–480.

Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110–121.

Sanders, L. (2014, July 26). Hubs go awry in brain disorders. *Science News*, 14–15.

Santarelli, L., Saxe, M., Gross, C., Surget, A., Battaglia, F., Dulawa, S., . . . Hen, R. (2003, August 8). Requirement of hippocampal neurogenesis for the behavioral effects of antidepressants. *Science*, 301, 805–809. [Lásd még: Dubuc, 2002; Vogel, 2003.]

Sapolsky, R. (1998). *Why zebras don't get ulcers: An updated guide to stress, stress-related disease and coping*. New York, NY: W. H. Freeman.

Sapolsky, R. (1998). *Why zebras don't get ulcers: An updated guide to stress, stress-related disease and coping*. New York, NY: W. H. Freeman.

Sapolsky, R. M. (1994). *Why zebras don't get ulcers: An updated guide to stress, stress-related disease, and coping*. New York, NY: Freeman.

Sawa, A., & Snyder, S. H. (2002, April 26). Schizophrenia: Diverse approaches to a complex disease. *Science*, 296, 692–695.

Sax, L., & Kautz, K. J. (2003). Who first suggests the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder? *Annals of Family Medicine*, 1, 171–174.

Schafe, G. E., Doyere, V., & LeDoux, J. E. (2005). Tracking the fear engram: The lateral amygdala is an essential locus of fear memory storage. *Journal of Neuroscience*, 25, 10010–10015.

Schanen, N. C. (2006). Epigenetics of autism spectrum disorders. *Human Molecular Genetics*, 15(Spec No 2), R138–R150. doi:10.1093/hmg/ddl213

Schatzberg, A. F. (1991). Overview of anxiety disorders: Prevalence, biology, course, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 5–9.

Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293–315.

Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London, England: Taylor & Francis.

Schiff, M., & Bargal, D. (2000). Helping characteristics of selfhelp and support groups: Their contribution to participants' subjective well-being. *Small Group Research*, 31, 275–304.

Schneider, K., & May, R. (1995). *The psychology of existence: An integrative, clinical perspective*. New York, NY: McGraw-Hill.

Schou, M. (1997). Forty years of lithium treatment. *Archives of General Psychiatry*, 54, 9–13.

Schreiber, F. R. (1973). *Sybil*. New York, NY: Warner Books.

Schulkin, J. (1994). Melancholic depression and the hormones of adversity: A role for the amygdala. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 41–44.

Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., . . . Berry, S. H.

(2001). A national survey of stress reactions after the September 11th, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345, 1507–1512.

Schwartz, J. M., Stoessel, P. W., Baxter, L. R., Martin, K. M., & Phelps, M. E. (1996). Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 109–116.

Schwarzer, R. (Ed.). (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.

Schwebel, A. I., & Fine, M. A. (1994). *Understanding and helping families: A cognitive behavioral approach*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Scully, J. A., Tosi, H., & Banning, K. (2000). Life events checklist: Revisiting the Social Readjustment Rating Scale after 30 years. *Educational and Psychological Measurement*, 60, 864–876.

Seligman, M. E. P. (1971). Preparedness and phobias. *Behavior Therapy*, 2, 307–320.

Seligman, M. E. P. (1973, June). Fall into helplessness. *Psychology Today*, 7, 43–48.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco, CA: Freeman.

Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.

Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, NY: Free Press.

Seligman, M. E. P., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1–9.

Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774–788.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York, NY: McGraw-Hill.

Selye, H. (1991). *Stress without distress*. New York, NY: Signet Books.

Seybold, K. S., & Hill, P. C. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 21–24.

Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512–529.

Shapiro, F. (1995). *Desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York, NY: Guilford.

Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 64–176.

Shaywitz, S. E. (1996, November). Dyslexia. *Scientific American*, 98–104.

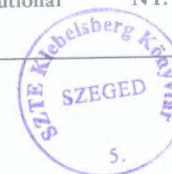
Shaywitz, S. E., Shaywitz, B. A., Fletcher, J. M., & Escobar, M. D. (1990). Prevalence of reading disability in boys and girls: Results of the Connecticut

- Longitudinal Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 998–1002.
- Shea, C. (1998, January 30). Why depression strikes more women than men: „Ruminative coping” may provide answers. *The Chronicle of Higher Education*, 14.
- Shedler, J. (2006, Fall). Why the scientist-practitioner split won't go away. *The General Psychologist*, 41(2), 9–10.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98–109.
- Shorter, E., & Healy, D. (2007). *Shock therapy: A history of electroconvulsive treatment in mental illness*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. [Lásd még: Glass, 2001; Holden, 2003; Hollon et al., 2002; Sackheim et al., 2000; Scovern & Kilmann, 1980.]
- Sieben, L. (2011, January 27). College freshmen report recordlow levels of emotional health. *Chronicle of Higher Education*. Letöltve: http://topics.nytimes.com/top/reference/timestopics/subjects/sept_11_2001/health_and_environmental_issues/index.html?scp=11&sq=sieben%209/11&st=cse
- Siegel, R. K. (1980). The psychology of life after death. *American Psychologist*, 35, 911–931.
- Silver, R. L. (1983). Coping with an undesirable life event: A study of early reactions to physical disability. *Dissertation Abstracts International*, 43, 3415.
- Simeon, D., Gross, S., Guralnik, O., Stein, D. J., Schmeidler, J., & Hollander, E. (1997). Feeling unreal: 30 cases of DSM-III-R depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1107–1113.
- Simeon, D., Guralnik, O., Hazlett, E. A., Spiegel-Cohen, J., Hollander, E., & Buchsbaum, M. S. (2000). Feeling unreal: A PET study of depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1782–1788.
- Sinha, G. (2005, July). Training the brain. *Scientific American*, 293(1), 22–23.
- Skinner, E. A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 549–570.
- Slavich, G. M., & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: A social signal transduction theory of depression. *Psychological Bulletin*, 140, 774–815.
- Slavich, G. M., O'Donovan, A., Epel, E. S., & Kemeny, M. E. (2010a). Black sheep get the blues: A psychobiological model of social rejection and depression. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 39–45.
- Slavich, G. M., Tartter, M. A., Brennan, P. A., & Hammen, C. (2014). Endogenous opioid system influences depressive reactions to socially painful targeted rejection life events. *Psychoneuroendocrinology*, 49, 141–149.
- Slavich, G. M., Thornton, T., Torres, L. D., Monroe, S. M., & Gotlib, I. H. (2009). Targeted rejection predicts hastened onset of major depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 223–243.
- Slavich, G. M., Way, B. M., Eisenberger, N. I., & Taylor, S. E. (2010b). Neural sensitivity to social rejection is associated with inflammatory responses to social stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107, 14817–14822.
- Sleek, S. (1994, April). Could Prozac replace demand for therapy? *APA Monitor*, 28.
- Smith, A. W. (1995). Separation-individuation and coping: Contributions to freshman college adjustment. Nem publikált doktori disszertáció, University of North Carolina at Greensboro. *Dissertation Abstracts International*, 56, 3-A, 0831.
- Smith, B. L. (2012, June). Inappropriate prescribing. *Monitor on Psychology*, 43(6), 36.
- Smith, D. (2002a, January). Guidance in treating ADHD. *Monitor on Psychology*, 33(1), 34–35. [Lásd még: Angold et al., 2000; Marshall, 2000.]
- Smith, D. (2003b). *Report from Ground Zero*. New York, NY: Penguin.
- Smith, G. B., Schwebel, A. I., Dunn, R. L., & McIver, S. D. (1993). The role of psychologists in the treatment, management, and prevention of chronic mental illness. *American Psychologist*, 48, 966–971.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752–760.
- Smythe, J. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderator variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174–184.
- Sow, I. (1977). *Psychiatrie dynamique africaine*. Paris, France: Payot.
- Spitzer, R. L. (1973). On pseudoscience in science, logic in remission, and psychiatric diagnosis: A critique of Rosenhan's „On being sane in insane places.” *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 442–452.
- Spitzer, R. L., Lilienfeld, S. O., & Miller, M. B. (2005). Rosenhan revisited: The scientific credibility of Lauren Slater's pseudopatient diagnosis study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 734–739.
- Sprang, G. (1999). Post-disaster stress following the Oklahoma City bombing: An examination of three community groups. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 169.
- Springen, K. (2010, January/February). Daring to die. *Scientific American Mind*, 20(7), 40–47.
- Sprock, J., & Blashfield, R. K. (1991). Classification and nosology. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (2nd ed., pp. 329–344). New York, NY: Pergamon Press.
- Stambor, Z. (2006, November). The forgotten population: Psychologists are testing telehealth and home-based health-care interventions to turn around a mental health crisis among elderly Americans in rural areas. *Monitor on Psychology*, 37(10), 52–53.
- Staples, S. L. (1996). Human response to environmental noise: Psychological research and public policy. *American Psychologist*, 51, 143–150.
- Steele, K., & Johnson, C. (2009, April/May). Ask the brains. *Scientific American Mind*, 20(2), 70. [Lásd még: Campbell & Murphy, 1998; Oren & Terman, 1998.]
- Steketee, G., & Barlow, D. H. (2002). Obsessive compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders* (2nd ed., pp. 516–550). New York, NY: Guilford.
- Stock, M. B., & Smythe, P. M. (1963). Does under-nutrition during infancy inhibit brain growth and subsequent intellectual development? *Archives of Disorders in Childhood*, 38, 546–552.
- Strohle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116, 777–784. doi: 10.1007/s00702-008-0092-x.
- Stuart, R. B., & Lilienfeld, S. O. (2007). The evidence missing from evidence-based practice. *American Psychologist*, 62, 615–616.
- Suls, J., & Marco, C. A. (1990). Relationship between JAS- and FTAS-Type A behavior and non-CHD illness: A prospective study controlling for negative affectivity. *Health Psychology*, 9, 479–492.
- Suls, J., & Sanders, G. S. (1988). Type A behavior as a general risk factor for physical disorder. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 201–226.
- Susman, E. (2012, June 14). CPAP may ease depression. *Medpage Today*. Letöltve: <http://www.medpagetoday.com/MeetingCoverage/APSS/33280>
- Swets, J. A., & Bjork, R. A. (1990). Enhancing human performance: An evaluation of „new age” techniques considered by the U.S. Army. *Psychological Science*, 1, 85–96.
- Symond, M. B., Harris, A. W. F., Gordon, E., & Williams, L. M. (2005). „Gamma synchrony” in first-episode schizophrenia: A disorder of temporal connectivity? *American Journal of Psychiatry*, 162, 459–465.
- Szasz, T. S. (1961). *The myth of mental illness*. New York, NY: Harper & Row.
- Szasz, T. S. (1977). *The manufacture of models*. New York, NY: Dell.
- Tait, R., & Silver, R. C. (1989). Coming to terms with major negative life events. In J. S. Uleman & J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thought* (pp. 357–381). New York, NY: Guilford Press.
- Tamres, L., Janicke, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2–30.
- Taylor, J. B. (2009). *My stroke of insight*. New York, NY: Penguin Books.
- Taylor, S. E. (1983). Adjusting to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161–1173.
- Taylor, S. E. (1990). Health psychology: The science and the field. *American Psychologist*, 45, 40–50.
- Taylor, S. E. (1999). *Health psychology*. 4th ed. New York, NY: McGraw-Hill.
- Taylor, S. E. (2003). *The tending instinct: Women, men, and the biology of relationships*. New York, NY: Owl Books/Henry Holt.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000a). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99–109.
- Taylor, S. E., Klein, L., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R., & Updegraff, J. A. (2000b). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107, 411–429.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Post-traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471.
- Thabet, A. A. M., Abed, Y., & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 533–542. [Lásd még: Horgan, 1996; Weissman et al., 1996.]
- Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Reynolds F. E. III, Pilkonis, P. A., Hurley, K., Grochocinski, V., & Kupfer, D. J. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1009–1015.
- Thio, A. (1995). *Deviant behavior*. New York, NY: HarperCollins.
- Thomsen, D. K., Mehlsen, M. Y., Hokland, M., Viidik, A., Olesen, F., Avlund, K., ... Zachariae, R. (2004). Negative thoughts and health: Associations among rumination, immunity, and health care utilization in a young and elderly sample. *Psychosomatic Medicine*, 66, 363–371.
- Thorsteinsson, E. B., James, J. E., & Gregg, M. E. (1998). Effects of video-relayed social support on hemodynamic reactivity and salivary cortisol during laboratory-based behavioral challenge. *Health Psychology*, 17, 436–444.
- Tienari, P., Sorri, A., Lahti, I., Naarala, M., Wahlberg, K.-E., Moring, J., ... Wynne, L. C. (1987). Genetic and psychosocial factors in schizophrenia: The Finnish adoptive family study. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 476–483.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex Differences in Trauma and Post-Traumatic Stress Disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132, 959–992.
- Torabi, M. R., & Seo, D. C. (2004). National study of behavioral and life changes since September 11. *Health Education Behavior*, 31, 179–192.
- Torrey, E. F. (1996). *Out of the shadows: Confronting America's mental illness crisis*. New York, NY: Wiley.
- Torrey, E. F. (1997). The release of the mentally ill from institutions: A well-intentioned disaster. *The Chronicle of Higher Education*, B4-B5.
- Triandis, H. (1990). Cross-cultural studies of individualism and collectivism. In J. Berman (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*, 1989 (pp. 42–133). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A., & Rosenthal, R. (2008, January 17). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358, 252–260.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Mental health: culture, race, and ethnicity: A supplement to Mental Health – A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Author. Letöltve: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44243/>

- U.S. Department of Health and Human Services. (2002). *Hospitalization in the United States, 2002*. Letöltve: <http://ahrq.gov/data/hcup/factbk6/factbk6b.htm#common>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). *2008 physical activity guidelines for Americans summary*. Letöltve: <http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/summary.aspx>
- USA Today. (1996, December). College freedom can trigger illness. 125(1), 7.
- USMagazine.com. (2010, January 29). Christina Applegate „did a 180” after beating cancer. Letöltve: www.usmagazine.com/healthylifestyle/news/christina-applegate-did-a-180-after-cancer-2010291
- Vaillant, G. E. (1990). Avoiding negative life outcomes: Evidence from a forty-five year study. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Valenstein, E. S. (1998). *Blaming the brain: The truth about drugs and mental health*. New York, NY: The Free Press.
- Valenstein, E. S. (Ed.). (1980). *The psychosurgery debate*. New York, NY: Freeman.
- VandenBos, G. R. (1986). Psychotherapy research: A special issue. *American Psychologist*, 41, 111–112.
- Vincent, M., & Pickering, M. R. (1988). Multiple personality disorder in childhood. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 524–529.
- Volpe, K. (2004). Taylor takes on „fight-or-flight.” *Psychological Science*, 17, 391.
- Voosen, P. (2013, September 13). Inside a revolution in mental health. *The Chronicle Review*, B6–B9. Letöltve: <http://chronicle.com/article/Inside-a-Revolution-in-Mental/141379/>
- Walden, J., Normann, C., Langosch, J., Berger, M., & Grunze, H. (1998). Differential treatment of bipolar disorder with old and new antiepileptic drugs. *Neuropsychobiology*, 38, 181–184.
- Walker, E., & Tessner, K. (2008). Schizophrenia. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 30–37.
- Walker, E., Shapiro, D., Esterberg, M., & Trotman, H. (2010). Neurodevelopment and schizophrenia: Broadening the perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 204–208.
- Wallace, A. F. C. (1959). Cultural determinants of response to hallucinatory experience. *Archives of General Psychiatry*, 1, 58–69.
- Wampold, B. E. (2007). The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857–873. [Lásd még: Barker et al., 1988.]
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914–923. [Lásd még: Blatt et al., 1996; Krupnick et al., 1996.]
- Wang, Y., Beydoun, M. A., Liang, L., Caballero, B., & Kumanyika, S. K. (2012). Will all Americans become overweight or obese? Estimating the progression and cost of the US obesity epidemic. *Obesity*, 16, 2323–2330.
- Wardle, J., Steptoe, A., Bellisle, F., Davou, B., Reschke, K., & Lappalainen, M. (1997). Healthy dietary practices among European students. *Health Psychology*, 16, 443–450.
- Weinberger, M., Hiner, S. L., & Tierney, W. M. (1987). In support of hassles as a measure of stress in predicting health outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 19–31.
- Weir, K. (2011, December). The exercise effect. *Monitor on Psychology*, 42(11), 48–52.
- Weir, K. (2013, February). Can magnets cure depression? *Monitor on Psychology*, 26(2), 50.
- Weissman, M. M., Neria, Y., Das, A., Feder, A., Blanco, C., Lantigua, R., et al. (2005). Gender differences in posttraumatic stress disorder among primary care patients after the World Trade Center attack of September 11, 2001. *Gender Medicine*, 2, 76–87.
- Weisz, J. R., Rothbaum, F. M., & Blackburn, T. C. (1984). Standing out and standing in: The psychology of control in America and Japan. *American Psychologist*, 39, 955–969.
- Wentzensen, I. M., Mirabello, L., Pfeiffer, R. M., & Savage, S. A. (2011). The association of telomere length and cancer: A meta-analysis. *Cancer Epidemiology, Biomarkers, & Prevention*, 20(6), 1238–1250.
- West, C. (2009, October). „An unconscionable embarrassment.” *Observer*, 22(8), 9, 11.
- Westen, D., & Bradley, R. (2005). Empirically supported complexity: Rethinking evidence-based practice in psychotherapy. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 266–271.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2005). EBP ≠ EST: Reply to Crits-Christoph et al. (2005) and Weisz et al. (2005). *Psychological Bulletin*, 131, 427–433.
- Wheaton, A. G., Perry, G. S., Chapman, D. P., & Croft, J. B. (2012). Sleep disordered breathing and depression among U.S. adults: National Health and Nutrition Examination Survey, 2005–2008. *Sleep*, 35(4), 461–467. <http://dx.doi.org/10.5665/sleep.1724>
- Wheeler, J. G., Christensen, A., & Jacobson, N. S. (2001). Couple distress. In Barlow, D. H. (Ed). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd ed., pp. 609–630). New York, NY: Guilford.
- Wickelgren, I. (1998a, August 28). A new route to treating schizophrenia? *Science*, 281, 1264–1265.
- Wilensky, A. E., Schafe, G. E., Kristensen, M. P., & LeDoux, J. E. (2006). Rethinking the fear circuit: The central nucleus of the amygdala is required for the acquisition, consolidation, and expression of Pavlovian fear conditioning. *Journal of Neuroscience*, 26, 12387–12396. [Lásd még: Pare et al., 2004.]
- Wills, T. A. (1991). Similarity and self-esteem in downward comparisons. In J. Suls & T. A. Wills (Eds.), *Social Comparison: Contemporary Theory and Research* (pp. 51–78). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wills, T. A., & DePaulo, B. M. (1991). Interpersonal analysis of the help-seeking process. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 350–375). New York, NY: Pergamon Press.
- Winerman, L. (2005b, July/August). Fighting phobias: Figuring out phobia. *Monitor on Psychology*, 36(7), 96–98.
- Winerman, L. (2005d, July/August). A virtual cure. *Monitor on Psychology*, 36(7), 87–89. [Lásd még: Hoffman, 2004; Rothbaum & Hodges, 1999; Rothbaum et al., 2000.]
- Winerman, L. (2006c, April). Bringing recovery home: Telehealth initiatives offer support and rehabilitation services in remote locations. *Monitor on Psychology*, 37(4), 32–34.
- Wolf, A. M., & Colditz, G. A. (1998). Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obesity Research*, 6, 97–106.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy* (2nd ed.). New York, NY: Pergamon.
- Wood, J. M., Bootzin, R. R., Rosenhan, D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Effects of the 1989 San Francisco earthquake on frequency and content of nightmares. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 219–224.
- World Health Organization. (1973). *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia* (Vol. 1). Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (1979). *Schizophrenia: An international follow-up study*. New York, NY: Wiley.
- Wright, E. R., Gronfein, W. P., & Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 68–90.
- Wurtman, R. J. (1982, April). Nutrients that modify brain functions. *Scientific American*, 242, 50–59.
- Yale Center for Dyslexia and Creativity. (2015). *An index of successful dyslexics*. Letöltve: <http://dyslexia.yale.edu/successfuldyslexics.html>
- Yeaman, J. (1995). Who is resilient? Who is vulnerable? *Dissertation Abstracts International, Section A: Humanities and Social Sciences*, 55, 3110.
- Yee, P. L., Pierce, G. R., Ptacek, J. R., & Modzelesky, K. L. (2003). Learned helplessness, attributional style, and examination performance: Enhancement effects are not necessarily moderated by prior failure. *Anxiety, Stress & Coping*, 16, 359–373.
- Young, J. R. (2003, February 14). Prozac campus. *The Chronicle of Higher Education*, A-37–A-38.
- Zakowski, S. G., Hall, M. H., Klein, L. C., & Baum, A. (2001). Appraised control, coping, and stress in a community sample: A test of the goodness-of-fit hypothesis. *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 158–165.
- Zaman, R. M. (1992). Psychotherapy in the third world: Some impressions from Pakistan. In U. P. Gielen, L. L. Adler, & N. A. Milgram (Eds.), *Psychology in international perspective* (pp. 314–321). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Zarit, S. H., & Pearlin, L. I. (Eds.). (2003). *Personal control in social and life course contexts: Societal impact on aging* (pp. 127–164). New York, NY: Springer Publishing.
- Zhao, J., Miao, K., Wang, H., Ding, H., & Wang, D. W. (2013). Association between telomere length and type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. (2013). *PLoS One*, 8(11).
- Zilbergeld, B. (1986, June). Psychabuse. *Science*, 86, 7, 48.
- Zimbardo, P. G. (1999). Discontinuity theory: Cognitive and social searches for rationality and normality – may lead to madness. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 31, pp. 345–486). San Diego, CA: Academic Press.
- Zimbardo, P. G. (2004a, July). *The politics of fear*. Address given at the annual convention of the American Psychological Association, Honolulu, HI.
- Zimbardo, P. G., & Leippe, M. (1991). *The psychology of attitude change and social influence*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Zimbardo, P. G., Sword, R., & Sword, R. (2012). *The time cure: Overcoming PTSD with the new psychology of time perspective therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Zimmerman, S. (2002). *Writing to heal the soul: Transforming grief and loss through writing*. New York, NY: Three Rivers Press/Crown Publishing

Képek jegyzéke

9. oldal © AKG Images; 35. oldal © iStock.com/tfexshutter; 44. oldal © Dr. E. Fuller Torrey és Dr. Weinberger/National Institute of Mental Health, USA; 63. oldal © WavebreakmediaMicro/Fotolia; 81. oldal © iStock.com/Wavebreak; 123. oldal © AF Archive/Alamy Stock Photo; 125. oldal, balra fent © iStock.com/Leonardo Patrizi; 125. oldal, jobbra fent © iStock.com/xuanhuongho; 131. oldal, jobbra fent © Handout/KRT/Newscom; 131. oldal, jobbra lent © Images USA/Alamy Stock Photo; 134. oldal © Getty Images; 176. oldal © iStock.com/JannHuizenga; 180. oldal © iStock.com/pixelfit; 186. oldal © Cultura Creative (Rf)/Alamy Stock Photo



TÁJÉKOZTATÁS

X 345607



**MI SZÁMÍT PSZICHÉS ZAVARNAK?
MIKOR VAN SZÜKSÉG GYÓGYSZERES KEZELÉSRE?
KIK VISELIK LEGROSSZABBUL A STRESSZT?
MI A BOLDOGSÁG ÉS A SZUBJEKTÍV JÓLLÉT TITKA?**

A Stanford Egyetem professzora, Philip Zimbardo, akit a börtönkísérlete tett világhíróvé, munkatársaival tudományosan, ugyanakkor nagyon szórakoztatóan ismertet meg mindazzal, amit a pszichológiáról tudni kell. A szerzők felhasználják a legfrissebb kutatási eredményeket, és esettanulmányokkal, a kritikus gondolkodást fejlesztő feladatokkal segítik, hogy az elsajátított tudást a mindennapi életben is alkalmazhassuk. A *Pszichológia mindenkinek* nem véletlenül szerepel a világ főiskoláin, egyetemein a kötelező olvasmányok listáján.

Zimbardóék munkája magyarul négy kötetben jelenik meg. A negyedik kötet főbb témái: zavarok – terápiák – stressz – stratégiák.

librikiado.hu 4499 Ft



9 789634 331988